

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 43.

Travail de la Clinique Médicale du professeur TEISSIER

FORMES ANORMALES
DES
ABCÈS DU FOIE
D'ORIGINE AMIBIENNE

(Association de l'Amibe et du Bacille de Koch)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges PLONTZ

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 26 Septembre 1887, à Albertville (Savoie)



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1912

FORMES ANORMALES
DES
ABCÈS DU FOIE
D'ORIGINE AMIBIENNE



Digitized by the Internet Archive
in 2026



https://archive.org/details/IA41546716_0027

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 43.

Travail de la Clinique Médicale du professeur TEISSIER

FORMES ANORMALES
DES
ABCÈS DU FOIE
D'ORIGINE AMIBIENNE

(Association de l'Amibe et du Bacille de Koch)

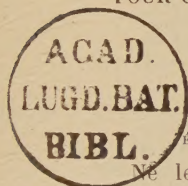
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



PAR

Georges PLONTZ

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 26 Septembre 1887, à Albertville (Savoie)



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		X...
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		LESIEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		COURMONT (P.).
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERRARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et Médecine professionnelle	MARTIN (Et).	—

AGRÉGÉS

MM. REGAUD.	MM. MARTIN (El.).	MM. BRETIN.	MM. MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch....
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, ch....

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. J. TEISSIER, Président; M. GUIART, Assesseur;
MM. BÉRARD et CADE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, LE COMMANDANT PLONTZ

Chef d'escadron d'artillerie
Chevalier de la Légion d'honneur

ET A MA MÈRE

Je dédie ces pages, faible témoignage de ma profonde tendresse et de mon infinie reconnaissance.

A MES ONCLES ET A MES TANTES

En remerciement de tout ce qu'ils ont fait pour moi, et de leur affection qui m'est si chère.

A TOUS MES PARENTS

A Monsieur le Médecin Inspecteur H. NIMIER

Directeur du Service de Santé du XIV^e corps d'armée
et du Gouvernement militaire de Lyon
Officier de la Légion d'honneur

Qui m'a toujours dirigé avec tant de sollicitude et accueilli ainsi que tous les siens avec tant de bonté ; qu'il me soit permis de les remercier et de leur exprimer le témoignage de ma respectueuse reconnaissance. Près d'eux j'ai goûté les joies familiales qui m'ont rendu si douces les années d'école.

A mes chers Amis :

Les Docteurs ANDRÉ NIMIER et MARCEL DE BALESTRIER

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur J. TEISSIER

Professeur de clinique médicale à l'Université de Lyon

Associé national de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

Qui fut pour nous un maître très bienveillant, et qui nous a toujours témoigné beaucoup d'intérêt durant notre séjour en sa clinique de l'Hôtel-Dieu, Il nous fait le très grand honneur de présider le jury de cette thèse, qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Médecin Principal MARTIN

Médecin Chef de l'hôpital de Briançon
Chevalier de la Légion d'honneur

En souvenir de sa grande bienveillance à notre égard et de ses encouragements si précieux.

A Monsieur le Professeur GUIART

A Monsieur le Professeur agrégé BÉRARD

Qui nous font l'honneur de faire partie du jury de notre thèse. Qu'ils veulent bien agréer l'expression de nos remerciements respectueux.

A Monsieur le Professeur agrégé A. CADE

Médecin des hôpitaux

Nous le remercions bien sincèrement de la grande amabilité qu'il a toujours eue pour nous.

A Monsieur le Docteur THÉVENOT

Qui nous inspira le sujet de cette
thèse. Nous le remercions bien vive-
ment de ses bons conseils et de
l'accueil si aimable qu'il nous a
toujours réservé.

A MES MAITRES

*de la Faculté de Médecine de Lyon
et de l'École du Service de santé militaire*

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ÉCOLE

AVANT-PROPOS

Il semble qu'il y ait peu d'affections dont les formes présentent plus de variations et de diversités que les hépatites suppurées des pays chauds. Aussi nous sommes-nous proposé, en ces courtes pages, de donner un aperçu de ces formes anormales, et de montrer quelle importance, il faut leur attacher au point de vue du diagnostic, celui-ci devant être porté de bonne heure afin de permettre une intervention utile.

Qu'il nous soit permis au début de ce travail de remercier tous ceux qui ont favorisé notre tâche.

M. le médecin principal Toubert a bien voulu nous remettre plusieurs observations inédites que nous rapportons à la fin de notre exposé. Nous avons aussi amplement profité des conseils éclairés de M. le médecin major de première classe Job. Qu'ils soient assurés tous deux de notre profonde gratitude.

Nous adressons aussi nos remerciements les plus sincères à M. le professeur agrégé F. Arloing, à MM. les docteurs Chanoz, Pallasse, Sarvonat, Roubier et Rebattu qui nous ont toujours témoigné beaucoup de bienveillance pendant notre stage dans la clinique de M. le professeur Teissier.

Enfin nous ne saurions oublier M. le docteur Ch. Garin qui nous a accueilli avec une grande amabilité.

INTRODUCTION

Les abcès tropicaux du foie, encore appelés hépatites suppurées, sont connus depuis la plus haute antiquité. On les trouve relatés dans les observations des médecins grecs et arabes. Mais c'est seulement au XIX^e siècle que leur anatomie pathologique, leur étiologie, et les règles de leur traitement furent définitivement établis, grâce aux travaux des médecins coloniaux de tous les pays,

Il faut tout particulièrement signaler les noms de Larrey, Annesley, Morehead, Dutroulau, Budd, Kelsh et Kiener, Kartulis, Loison et Legrand, qui furent les premiers à faire connaître avec précision l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces abcès. Des médecins militaires français, au moment de la conquête de l'Algérie apportèrent à leur histoire, le contingent de leurs observations. Enfin des médecins de la marine, en particulier le docteur Fontan ont, par des travaux très connus, réglé le manuel opératoire des interventions pour les hépatites suppurées.

L'agent pathogène, est l'amibe, rencontrée dans la dysenterie par Kruse et Pasquale, en 1894, par Jürgens et par Schaudinn en 1903, qui lui donna le nom d'*entamoeba histolytica*.

C'est une masse protoplasmique mesurant de 25 à 30 μ et présentant à la périphérie un ectoplasma très net.

On y trouve un noyau, et quelques vacuoles.

Elle est animée de mouvements protoplasmiques, grâce auxquels elle peut ingérer des débris cellulaires, des hématies ainsi que des microbes, pénétrer dans la muqueuse intestinale, puis tomber dans une branche de la veine porte, et atteindre le foie, où elle sera le point de départ du processus nécrotique de l'hépatite suppurée.

Au cours de leurs travaux les différents auteurs dont nous avons parlé, ont signalé quelques faits sortant du cadre habituel, par quelque anomalie ; mais il n'existe pas de travail d'ensemble sur cette question.

Nous avons pu suivre dans la clinique de M. le professeur Teissier, deux malades atteints d'abcès hépatiques dysentériques, de diagnostic difficile ; nous avons eu ainsi l'idée de grouper les formes anormales de ces abcès, et de présenter un travail d'ensemble complétant les données classiques sur la question.

Etiologie et Pathogénie

I. Influence climatérique. Dysenterie amibienne autochtone. — Les notions nouvelles sur les abcès du foie d'origine dysentérique amibienne sont actuellement assez précises pour permettre de dire qu'ils ne sont plus l'apanage des pays tropicaux. Si le Sénégal, l'Asie, la Chine, la Perse, le Siam sont les principaux foyers de l'hépatite, on en trouve beaucoup aussi dans des contrées moins chaudes, l'Algérie, l'Egypte, le littoral méditerranéen lui-même. Sans parler des épidémies dysentériques développées au cours des événements de guerre, comme celles signalées par Tringle à l'armée de Flandre, par Lyons à l'armée anglaise pendant la guerre de Crimée, des travaux nouveaux ont montré que la dysenterie amibienne pouvait prendre naissance en n'importe quel point d'un territoire ; cette affection pouvant être le point de départ d'abcès du foie, qui, nous le verrons tout à l'heure, présentent les mêmes caractères que ceux signalés autrefois comme spéciaux aux pays tropicaux.

Les premiers cas de dysenterie amibienne autochtone furent signalés en Allemagne. Tout d'abord Quinke et Roos trouvèrent des amibes chez un dysentérique ayant toujours habité Kiel. L'année suivante, en Russie, Lobas publia des observations de dysenterie

grave constatée dans l'île de Sakhaline, en Sibérie. En Autriche, Manner, puis Boas et Borchardt à Berlin en signalèrent quelques cas.

En Angleterre, elle fut décrite à Edimbourg par Marshall. En France, la dysenterie amibienne autochtone fut signalée en 1907 à Paris par Caussade et Joltrain, à Marseille par Billet ; à Lyon les recherches de Garin attirèrent l'attention sur cette question. Dans sa thèse, Baudin a recueilli quelques observations de cette forme de dysenterie dont quelques-unes présentaient des abcès du foie. Deux de ces malades se trouvaient dans le service de M. le prof. Teissier et nous donnerons leur observation (obs. I et obs. II).

Tous ces malades ont vécu dans des régions tempérées, et ne se sont jamais trouvés en contact avec des coloniaux. Il est donc probable que les amibes pathogènes qui les ont infectés appartiennent à des races indigènes, depuis longtemps acclimatées dans nos régions. La différenciation morphologique de ces deux races ne paraît pas avoir été faite jusqu'ici ; elles sont du type *entamoeba dysenteriae*, mais pour Garin comme pour Boas et Marshall, l'existence de ces races indigènes ne fait aucun doute.

II. Contagion. — Ces cas ne doivent pas être confondus avec ceux observés chez des sujets n'ayant jamais été aux colonies mais ayant approché de sujets atteints de cette affection. Kelsch et Kiener en avaient parlé, et Lemoine du Val-de Grâce rapportait, il y a quelques années, le cas d'un malade en traitement pour une affection nerveuse, dans une chambre habitée par un convalescent de dysenterie amibienne, contractée

au Tonkin, onze ans auparavant, et qui avait été suivie à plusieurs reprises de poussées aiguës. Ce premier malade qui n'avait jamais été aux colonies, fut pris d'une dysenterie aiguë de même nature.

Depuis, les travaux de Dopter ont précisé les faits de cette contagion avec des dysentériques, revenus soit de Cochinchine, soit de Madagascar ou du Sénégal.

Ce caractère était à prévoir après l'expérience connue de Jürgens : deux chats, dont l'un allaite six petits, sont placés dans une même cage. Par la voie rectale, il donne la dysenterie à ces derniers, qui deviennent malades. Les deux animaux sont contagionnés, prennent la dysenterie avec amibes dans les selles, et succombent.

III. Influence de la race. — Les Européens sont plus fréquemment atteints d'abcès du foie que les indigènes qui paraissent jouir d'une certaine immunité pour cette maladie. A cela, on a voulu trouver plusieurs raisons : le défaut d'acclimatement de l'Européen dans les pays chauds, et les conditions d'existence souvent difficiles. Enfin, le paludisme a été considéré longtemps comme cause de l'hépatite ; nous ne reviendrons pas sur cette question qui a été suffisamment mise au point. Ni la chaleur torride (Larrey-Louis) ni le refroidissement brusque (Morehead), ni la déchéance organique, confirmée par le paludisme, n'expliquent la prédisposition d'une manière constante et suffisante.

IV. Influence de l'alcool. — Quoique Koch nie l'influence de l'alcool sur le développement des abcès du foie, Manson soutient au contraire que c'est dans l'alcool, facteur étiologique secondaire, mais de la plus

haute importance, qu'il faut chercher l'explication de ces faits. Dans sa statistique faite aux Indes, Waring trouve que 67.p. 400 des abcès surviennent chez des alcooliques invétérés. Sachs (du Caire) a été plus loin : « L'alcool, dit-il, produit l'hépatite aiguë suppurée dans les pays chauds, comme il produit l'hépatite chronique scléreuse dans les régions tempérées », et il décrit l'abcès alcoolique du foie. Cette opinion est peut-être exagérée, mais il semble que chez ces alcooliques, l'abcès prend plus facilement la forme scléreuse.

On peut par contre, rencontrer des sujets atteints de cette affection, sans qu'ils soient alcooliques. Peut-être l'immunité de la femme s'explique-t-elle parce qu'elle est moins imprégnée d'alcool.

V. Influence de l'âge. — Dans les conditions normales, c'est l'homme adulte qui est le plus souvent atteint ; mais on rencontre aussi des abcès d'origine dysentérique chez les enfants.

Dans un travail paru en 1910 dans les *Archives médicales des enfants*, Legrand montre que sur 112 abcès infantiles publiés jusqu'à ce jour, 31 sont d'origine dysentérique. Annesley, Bertrand ont signalé quelques cas de ce genre, et Guetano Finizio en décrit un cas dans la *Pedriatia* en 1896. Il s'agit d'un petit garçon de six ans apporté à l'hôpital pour fièvre et diarrhée profuse, avec douleurs continues dans le ventre. La température vespérale ne dépassait jamais 39°. Il présentait en outre des sueurs, et l'on sentait dans la région abdominale droite une tumeur lisse à bords tranchants. On ponctionne la tumeur, il en sort un pus couleur lie de vin, renfermant de nombreux leucocytes.

Mort de l'enfant : à l'autopsie on découvre un abcès du lobe droit ; dans la cavité abdominale, se trouve une grande quantité de liquide, un léger épanchement trouble dans la plèvre droite, et l'on remarque des ulcérations très nettes sur la muqueuse du côlon.

Cadet de Gassicourt, signale un abcès du foie d'origine dysentérique chez un enfant de deux ans, et Pereira dans l'*Indian medical, gazette de Calcutta*, en décrit un chez une fillette de 20 mois.

Enfin Corvington dans sa thèse en publie plusieurs observations (obs. IV, V, VI.)

VI. Les causes occasionnelles. — En consultant l'étiologie des abcès dysentériques, on trouve quelquefois invoquée, une cause occasionnelle. La grippe paraît avoir une influence spéciale sur le développement des collections purulentes du foie. Le froid est signalé aussi comme ayant déterminé l'apparition des accidents. Mais ces causes déterminantes jouent dans ces cas, le rôle qu'elles ont dans d'autres affections.

Leur action porte sur le point faible de l'économie, le locus minoris résistentiæ. Or, chez un ancien dysentérique, le foie est en état de moindre résistance, et tout prédisposé à éprouver le contre-coup des épreuves subies par l'organisme.

Telle est donc la part qu'il faut donner à ces conditions particulières dans le développement de l'hépatite suppurée.

VII. Relations chronologiques de la dysenterie amibienne et de l'abcès du foie. —

A) *Abcès tardifs.* — Il est admis actuellement qu'il y a une relation étroite entre la dysenterie amibienne et

l'hépatite suppurée. Celle-ci repose sur deux ordres de faits : 1° le parallélisme entre la distribution géographique de l'hépatite, et celle des foyers graves de dysenterie, 2° l'affinité invariable de l'hépatite pour les dysentériques.

Et si cette relation a été longtemps ignorée, c'est qu'il peut s'écouler parfois de longues années avant que la manifestation hépatique se montre. Normalement, en effet, il s'écoule un certain laps de temps, quelques semaines en moyenne, entre ces deux manifestations morbides. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et comme anomalies, beaucoup d'auteurs ont signalé des périodes intercalaires plus longues. Rogers a montré que la dysenterie précède quelquefois la suppuration hépatique de plusieurs années. A l'autopsie il remarquait parfois des ulcérations intestinales typiques, d'autres fois il relevait la présence de cicatrices de nature bien connue.

Bilot, signalé un abcès du foie volumineux et unique, survenu chez un homme de quarante-cinq ans qui eut la dysenterie à vingt et un ans, alors qu'il faisait son service militaire au Tonkin. Pel, d'Amsterdam, communique l'observation d'un tailleur de cinquante-deux ans qui fut atteint d'une dysenterie grave alors qu'il faisait son service militaire aux Indes. Rapatrié il avait souffert pendant deux ou trois ans de pleurésie sèche et de périhépatite, puis avait recouvré une santé parfaite en Hollande pendant dix-huit ans. En 1909, c'est-à-dire vingt et un ans après la dysenterie, il tombe malade, se plaint de douleurs dans la région hépatique, et l'on ouvre un volumineux abcès. Un malade du

D^r E. Josserand avait contracté la dysenterie dix ans avant la manifestation hépatique.

B) *Abcès amibiens sans manifestation intestinale.* — On a signalé quelques cas dans lesquels l'apparition de la dysenterie coïncidait avec celle de l'abcès hépatique, mais nous verrons plus loin combien difficile semble être l'affirmation de cette simultanéité.

Bien plus, on a même été jusqu'à dire que l'abcès du foie pouvait, rarement il est vrai, précéder la dysenterie. Le D^r Lubet, dans sa thèse, donne ainsi l'observation de malades atteints d'hépatite suppurée après un long séjour dans les colonies, chez lesquels il était impossible de déceler les méfaits de la dysenterie même la plus bénigne.

Le premier malade présente un abcès du foie en avril 1906 après un séjour de quatre ans à Madagascar, il a eu le paludisme, mais pas de dysenterie : de la diarrhée et de l'œdème apparaissent secondairement. Le deuxième malade a vécu longtemps au Dahomey et le troisième en Algérie, ainsi que le quatrième. « La dysenterie, dit-il, se produit toujours à grand fracas, le ténesme, les épreintes, le rejet de glaires et de sang, sont de nature à éveiller l'attention des malades et à graver dans leur esprit le souvenir de tels incidents. Le professeur Jaboulay s'appuyant sur ces faits cliniques positifs édifie alors cette théorie nouvelle de l'abcès du foie primitif. » Et il ajoute que la dysenterie peut être aussi bien l'effet que la cause des abcès du foie, puisque dans deux observations, il a vu survenir consécutivement au mauvais fonctionnement de la glande hépatique, une dysenterie secondaire.

Mais la dysenterie amibienne est loin de se montrer avec des symptômes aussi nets, et d'évoluer à grand fracas, comme le pense M. Lubet. Celle-ci a en effet pour caractère de débiter d'une façon lente et insidieuse, et d'évoluer d'une façon tout à fait torpide, quand elle n'est pas compliquée de lésions surajoutées. Koch, sur 16 cas d'abcès du foie, en a trouvé 14 d'origine dysentérique amibienne, et il insiste surtout sur ce fait que cet anamnestique est très difficile à établir, parce que les symptômes dysentériques sont parfois tellement vagues que les malades n'en tiennent aucun compte. — Et il n'est pas rare de trouver à l'autopsie de ces malades des cicatrices d'une ancienne dysenterie qui avait passé inaperçue. C'est ainsi que le malade, dont M. le médecin major Job nous communique l'observation, n'a jamais eu de dysenterie diagnostiquée (obs. III).

Très typique aussi est l'observation de Dinkinson rapportée par M. le docteur E. Jossierand, d'un homme de 37 ans admis à Saint-Georges Hospital: très anémié, son aspect était pâle et maladif; il se plaignait d'une douleur à l'hypocondre droit, et à l'examen de cette région on trouvait une tumeur s'étendant de la région hépatique jusqu'à l'ombilic; il était constipé. Jamais il n'avait quitté l'Angleterre et il n'accusait dans son passé aucun trouble intestinal. A la nécropsie on trouva un abcès hépatique, et la partie supérieure du gros intestin offrait des ulcérations intestinales comme on en voit dans la dysenterie.

Dans l'observation recueillie par MM. Cade, Theve-

not et Roubier, les lésions dysentériques ont été constatées macroscopiquement et microscopiquement, et pourtant le malade n'accusait aucun passé dysentérique.

Il faut donc se ranger à l'avis de Colin, Kelsch et Kiener; Bertrand et Fontan qui soutiennent que seule la dysenterie amibienne provoque l'abcès du foie, et que toujours elle le précède.

Il existe des dysenteries chroniques frustes comme l'ont montré Kelsch et Kiener : « Quelquefois disent ces auteurs, la dysenterie ne se manifeste que par des lésions locales, sans retentissement sur le reste de l'organisme. Les symptômes peuvent se réduire à quelques troubles intestinaux, en apparence sans gravité; constipation habituelle, interrompue par des diarrhées transitoires; douleur sourde de la région cæcale. La maladie, absolument fruste ou point de vue clinique, n'est révélée que lorsqu'une maladie intercurrente ayant amené la mort, l'autopsie permet de constater l'existence d'abcès torpides ordinairement peu nombreux, dans quelques points du côlon, et particulièrement dans le cæcum. »

Aussi acceptons-nous la conclusion du Dr Laferrère au sujet de la dysenterie latente : « La dysenterie, chez un sujet soupçonné d'abcès du foie, doit être recherchée avec le même soin, et presque aussi loin dans le passé, que le chancre induré dans les cas de syphilis cérébrale. »

Nous devons mentionner ici l'opinion de Jürgens pour lequel la dysenterie en général, soit européenne, soit tropicale, est d'origine bactérienne, mais que par une infection secondaire, les amibes peuvent s'implanter dans un intestin déjà ulcéré par la dysenterie et y

provoquer une entérite caractéristique. Nous n'avons pas pu trouver d'observations dans lesquelles cette distinction ait pu être faite d'une façon précise.

VIII. Pathogénie générale. --- Les relations chronologiques et pathogéniques entre les deux affections étant ainsi précisées, nous ne nous arrêterons pas à décrire les diverses théories qui ont pour but d'expliquer le mécanisme intime de la suppuration hépatique. Cruveilhier est l'auteur de la théorie de la phlébite mésentérique, Harris dit avoir vu des amibes dans le sang des vaisseaux mésentériques d'un malade dont le foie était criblé d'abcès amibiens. Pour Peiner, la pyohémie rattache l'abcès du foie à la lésion intestinale préexistante.

Budd met en cause la résorption des substances septiques qui détermineraient un abcès dans le parenchyme hépatique.

Enfin la théorie de l'embolie septique explique la genèse de l'abcès par la pénétration dans le système porte intrahépatique de molécules gangréneuses prises dans l'intestin.

Depuis les expériences de Machoux on admet que l'amibe ayant pénétré dans l'intestin détermine des ulcérations profondes, surtout dans la dernière portion de ce segment, elle passe dans les vaisseaux et par eux est transportée jusque dans les ramuscules intrahépatiques de la veine porte.

Harris a en effet trouvé dans un cas de dysenterie avec abcès du foie, suivi de mort subite, une thrombose de la veine cave et de la veine porte, et il a noté la présence d'amibes, dans le sang des caillots.

Là l'amibe détermine l'abcès du foie, soit seule, soit

avec l'aide de microbes divers, apparus secondairement, les streptocoques, les staphylocoques, et autres bacilles pris dans le milieu intestinal.

Nous sommes ainsi amenés à étudier les diverses anomalies que l'étude bactériologique des grands abcès du foie permet de rencontrer.

Bactériologie

L'examen bactériologique des abcès hépatiques a donné lieu à de multiples travaux, aussi n'avons-nous point pour but de faire une étude complète de cette question ; nous nous bornerons à signaler les faits anormaux.

I. *Les amibes*. — Comme nous venons de le voir, l'abcès dit tropical est un abcès amibien. Normalement ces amibes se trouvent dans la paroi de l'abcès, et ce n'est que par hasard qu'elles viennent à tomber dans sa cavité.

C'est ainsi que M. Laveran, examinant trois cas d'abcès du foie, n'a jamais réussi à trouver des amibes dans le pus ; cependant l'origine dysentérique de l'affection n'était pas douteuse, et l'examen du pus était pratiqué avec la plus grande attention ; celui-ci était examiné aussitôt après avoir été recueilli, et maintenu au moyen de la platine chauffante à une température favorable à la production des mouvements amibiens.

Kruse et Pasquale examinant six abcès dysentériques trouvèrent une seule fois des amibes dans le pus. Dans

les autre cas, il y avait en même temps des streptocoques et divers bacilles.

Enfin Peyrot et Roger rapportent dans la *Revue de chirurgie* le cas d'une femme qui présenta un abcès du foie dysentérique, dans lequel ils purent déceler la présence d'amibes, sans autres éléments pathogènes, ni aérobies, ni anaérobies. Ainsi pourrait-on reconnaître aux amibes un rôle dans la formation du pus, sans recourir à l'action d'autres bactéries.

II. *Les agents pathogènes.* — L'amibe cause la lésion initiale, lésion de thrombose et de nécrose ; sur le terrain ainsi préparé, au sein des infarctus nécrotiques, constitués dans les capillaires du foie, où les amibes ont abouti, les bactéries pyogènes qu'elles ont pu englober dans l'intestin vont se multiplier et associer la suppuration à la nécrose.

Ici nous devons distinguer A) les abcès aigus, chez lesquels il est normal de rencontrer des microbes. A. Petit a montré que presque toujours on ne trouvait qu'une culture pure d'une seule espèce bactérienne. Dans trois cas seulement il a constaté la présence de plusieurs espèces. Cette unicité s'expliquerait facilement par la concurrence vitale.

C'est donc une anomalie de trouver à la fois dans le pus des streptocoques, des staphylocoques et des colibacilles.

C'en est une autre, que la présence d'anaérobies ; Marchoux à la suite d'expériences sur les chats trouva 23 fois des staphylocoques, et 17 fois des anaérobies divers.

Gilbert et Lippman rapportent de même des observations de cultures anaérobies, dans le pus de deux grands abcès du foie : entérocoque bacillus per fringens, bacillus ramosus, bacillus fragilis, bacillus funduliformis.

Dans le même ordre d'idées, Le Dentu signale en 1908 un curieux abcès du foie présenté par le Dr Couteaud.

Il s'agissait d'un officier des troupes coloniales, âgé de 39 ans, atteint en 1905 d'accidents paludiques. L'année suivante il présenta les symptômes d'un abcès du foie ; après des ponctions négatives, on retira 600 cc. de pus blanc, granuleux, mélangé à des gaz qui jaillirent à l'extérieur.

Ces gaz pouvaient ou bien provenir de la décomposition putride du pus sous l'influence subite ou lente de certains anaérobies, ou se développer spontanément.

B) Les abcès chroniques, dont la stérilité est la règle. Nous ne nous arrêterons pas pour discuter les diverses interprétations que l'on a données de cette stérilité. Pour Laveran, elle était due à l'influence bactéricide de la bile. Pour Chauffard, c'était à la cellule hépatique qu'était due cette action. Actuellement on pense que la stérilité du pus est secondaire, les germes pathogènes du début disparaissant avec le temps ; ces grands abcès deviendraient aseptiques à la façon de tous les vieux abcès, par destruction des microbes qui les ont produits.

Mais faut-il conclure de cette stérilité du pus, avec Peyrot et Veillan, à l'innocuité de sa pénétration dans la cavité péritonéale ?

Dans un cas signalé par ces auteurs, le déversement dans le péritoine d'une certaine quantité de pus ne s'accompagna pas du moindre retentissement; 20 jours après la cicatrisation était complète. — M. Netter signale en effet à la Société médicale des Hôpitaux de Paris en 1893, que la stérilité du pus n'implique pas son innocuité, et ces abcès à pus stérile peuvent s'accompagner d'accidents généraux avec températures élevées. « De ce que nous ne trouvons aucune des bactéries cultivables, dit cet auteur, il n'en résulte nullement que le pus ne renferme pas de germes que nous sommes actuellement encore incapables de voir et de cultiver. Il se peut aussi que dans certains cas les germes soient morts au moment des examens.

Il m'a paru nécessaire de formuler ces réserves en raison même de l'importance des secours que la bactériologie peut apporter à la clinique. » Et Laveran ajoute qu'il serait dangereux de ne pas se préoccuper de la pénétration du pus dans le péritoine au moment de l'ouverture des abcès du foie. Les chirurgiens doivent au contraire toujours s'efforcer d'empêcher cet accident.

Relations de la tuberculose avec les abcès amibiens. — Les manifestations de la dysenterie et de la tuberculose peuvent parfois s'associer, et nous devons maintenant étudier les abcès tuberculeux du foie survenant chez des malades qui ont eu la dysenterie. Les observations de ces cas sont très rares. Nous donnons celle de MM. Mouisset et Petitjean (obs. XVII). Il s'agissait d'une malade chez laquelle il y avait co-

existence d'une dysenterie ancienne, d'une tuberculoase intestinale récente et d'un abcès tuberculeux du foie : abcès volumineux, avec au voisinage quelques tubercules en voie de ramollissement et infiltration tuberculeuse un peu diffuse des espaces portes. Ici, la dysenterie semble avoir joué un rôle primordial : les lésions intestinales ont pu créer un point d'appel pour le bacille tuberculeux, il y avait là un *locus minoris resistentiæ* qui favorisait cette localisation. Mais c'est sur l'abcès tuberculeux du foie que la dysenterie semble avoir la plus grande influence.

Avant cette observation, on n'avait jamais signalé l'influence prédisposante de cette affection pour les abcès tuberculeux du foie. A cause de la longue période de latence des manifestations hépatiques, MM. Mouisset et Petitjean avaient cru à un moment, sur la table d'autopsie, avoir à faire à un abcès dysentérique. Mais la coexistence de points jaunâtres, non encore ramollis, avait éveillé leur attention et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un abcès tuberculeux.

Certes, l'infection dysentérique n'est pas nécessaire pour expliquer la lésion hépatique, mais son influence paraît très probable, en raison de la fréquence des abcès dysentériques et de la rareté des abcès tuberculeux. « En effet, disent ces auteurs, le fait que l'abcès est unique, et que les petits grains jaunes disséminés à sa périphérie résultent de lésions tuberculeuses, peuvent faire admettre que l'abcès est purement et simplement un abcès tuberculeux, mais nous croyons que malgré la netteté de l'examen histologique, il ne faut pas être

aussi affirmatif. En raison du passé du malade, de sa dysenterie ancienne, et des lésions considérables trouvées sur le gros intestin, il est possible qu'il s'agisse bien d'un abcès dysentérique tardif du foie, secondairement infecté par le bacille de Koch. »

Cette assertion semble d'autant plus vraie que l'abcès tuberculeux du foie est rare chez l'adulte ; malgré des lésions intestinales de tuberculose, rarement le bacille vient infecter cet organe. Il faut que celui-ci ait été lésé primitivement par les amibes pathogènes pour permettre au bacille de Koch d'y venir s'y développer.

Monnier, de Nantes, dit avoir observé deux cas d'abcès tuberculeux du foie chez d'anciens dysentériques.

Les deux malades, dont l'observation est rapportée par MM. Cade, Thevenot et Roubier, présentent un abcès du foie dysentérique avec association tuberculeuse. Le premier malade avait un volumineux abcès du lobe droit, dont le pus renfermait des diplocoques ressemblant à l'entérocoque, mais pas de bacilles de Koch, pourtant l'inoculation au cobaye fut positive, mais on ne trouva que des lésions ganglionnaires bactériologiquement tuberculeuses.

Le deuxième malade présentait aussi un volumineux abcès ; dans le pus, on ne trouva pas de bacille de Koch, mais l'inoculation donna chez le cobaye des ganglions inguinaux et lombaires. — De plus, le premier malade présentait des lésions tuberculeuses pleurales indiscutables. — Ce deuxième malade offrait des réactions tuberculeuses positives. Mais dans aucun de

ces cas la coupe du foie n'a montré de lésions histologiquement spécifiques. Il s'agissait donc d'un bacille de Koch beaucoup moins virulent que celui du malade de MM. Mouisset et Petitjean, qui avait été entraîné dans le foie par les amibes, ou y avait pénétré secondairement par voie sanguine, sans contribuer à l'évolution de la lésion.

Au point de vue du diagnostic, la présence de ces bacilles dans la cavité de l'abcès est importante : en effet, chez un malade présentant un abcès du foie, le pus retiré par ponction peut contenir des bacilles de Koch, alors que la cavité de cet abcès est totalement indépendante de la tuberculose.

MM. Cade et Roubier, publient dans le *Progrès médical* une observation d'un ancien dysentérique atteint de tuberculose intestinale récente (exclusivement cœcolique), et de deux abcès du foie. La dysenterie a certainement été ici un point d'appel pour la localisation des lésions tuberculeuses. — Mais pour ces deux auteurs, on ne peut affirmer qu'il s'agisse là d'un abcès dysentérique secondairement infecté par le bacille de Koch, comme chez le malade de MM. Mouisset et Petitjean, d'abord parce que les abcès dysentériques sont ordinairement plus volumineux et que la recherche des amibes, dans la paroi de l'abcès a été négative. Pourtant l'infection dysentérique antérieure a eu certainement une grande importance dans la localisation de la lésion.

En résumé, il semble que l'on peut voir dans les associations du bacille de Koch et de l'amibe au sein du parenchyme hépatique, trois sortes de manifestations : 1° présence dans le foie d'un abcès dysentérique se-

condairement infecté par le bacille de Koch (cas de MM. Mouisset et Petitjean); 2° présence d'un abcès tuberculeux du foie, dont une dysenterie antérieure a favorisé la localisation (cas de MM. Cade et Roubier); 3° présence du bacille de Koch à l'état saprophytique dans le pus d'un abcès dysentérique (obs. I et obs. II).

Nous croyons intéressant de donner ici le tableau publié par MM. Cade, Thevenot et Roubier, sur les variétés bactériennes trouvées dans les abcès du foie.

		Nombre des cas	Pus sterile		Culture positive
Kartulis.	1889	13	8	5	staphylocoques.
Laveran.	1890	2	2		
Netter.	1890	1	1		
Peyrot.	1891	1	1		
Fontan.	1892	3	2	1	staphylocoques.
Arnaud et Dastros.	1892	3	1	2	{ streptocoques. staphylocoques.
Loison et Arnaud.	1892	5	1	4	{ streptocoques. staphylocoques. pyocyaniques. colibaciles.
Macé.	1892	1	1		
Laveran.	1893	2	2		
Calmette.	1893	8	7	1	colibacile.
Veillon et Jayle.	1893	1			colibacile.
Pasquale.	1893	6	1	5	{ staphylocoques. streptocoques.
Netter.	1893	1	1		
Tuffier.	1894	1	1		
Achard.	1895	1	1		
Rey (cas Paviot, Gayet). . .	1912	2		2	coccis.
Observation personnelle. . .	1912	2	1	1	staphylocoques.
Chauffard.	1912	1	1		
		—	—	—	
		54	32	22	

Anatomie pathologique.

Les grands abcès du foie dysentériques, siègent dans le lobe droit, dans la proportion de 80 p. 100. Cette proportion n'est plus que de 46 p. 100 pour le lobe gauche, et négligeable pour le lobe de Spiegel (statistique de Rendu). Une autre particularité de ces abcès est la localisation de la collection purulente à la face convexe : 70 fois contre 30 à la face concave.

Nous ne nous arrêterons pas pour rappeler les causes de cette prédilection : on connaît l'expérience de Glénard sur l'indépendance anatomique des lobes du foie. Celle de Serégé montrant l'existence dans la veine porte de deux courants sanguins dirigés l'un de la grande mésentérique vers le lobe droit (intestin grêle, et première moitié du gros intestin), l'autre de la splénique vers le lobe gauche (estomac et deuxième moitié du gros intestin). Toutes les ulcérations dysentériques siégeant dans la moitié gauche du gros intestin, en particulier l'S iliaque et le rectum, donneront naissance, s'il y a des complications dans le foie à des abcès du lobe gauche. Si les ulcérations siègent dans la moitié droite, en particulier dans le cæcum, qui en est le lieu d'élection, les abcès seront localisés dans le lobe droit.

I. Siège de l'abcès. — Nous signalerons donc, comme formes anormales, au point de vue du siège de

l'abcès, ceux du lobe gauche, ceux du lobe de Spiegel, et ceux du lobe postérieur. Un malade de J. Dreschfeld, ancien dysentérique, fut pris de douleurs dans le côté droit du foie, puis les symptômes ayant disparu, repa-rurent dans le côté gauche du thorax et dans l'épaule gauche. Le diagnostic fut porté de dysenterie avec abcès de la face convexe du lobe gauche du foie.

L'expectoration devenue mucopurulente, on pensa que le pus s'était frayé une voie vers le poumon. A l'autopsie, on trouva, en effet, un abcès du lobe gauche ayant peu déformé cet organe, et communiquant avec un abcès considérable du poumon gauche, à travers le diaphragme.

Nous reviendrons à cette observation quand nous étudierons la symptomatologie, ce cas ne s'étant jamais accompagné de douleurs hépatiques, quoique son évolution fut très rapide.

M. le Dr E. Josserand rapporte le cas d'un abcès siégeant sur la moitié postérieure de la face supérieure du foie, qui n'aurait pu ainsi être abordé par la voie abdominale.

Laferrère, dans sa thèse, cite une malade atteinte d'un abcès du foie, dix ans après une dysenteriebénigne.

Cinq ponctions sont pratiquées dans le lobe gauche, siège de la tuméfaction ; le lobe droit est ponctionné de même ; toutes ces tentatives restent infructueuses. A l'autopsie, on trouve un vaste abcès de la face inférieure du foie, de plus dans le lobe gauche, on découvre un second abcès de la grosseur d'une mandarine.

Frerichs signale, comme une forme excessivement rare un abcès du lobe de Spiegel.

Parfois le siège de l'abcès peut être normal, mais le foie peut basculer autour de son axe antéro-postérieur, et en imposer pour un abcès d'un autre point, comme chez un malade du service du professeur Teissier.

II. Nombre des abcès. — Si nous envisageons maintenant la question du nombre des abcès, la caractéristique de l'hépatite dysentérique est d'être une collection volumineuse et unique.

Cependant il n'est pas très rare de rencontrer deux abcès, notion importante, puisque après une intervention suivie d'évacuation d'une certaine quantité de pus, on peut voir les symptômes persister, à cause de la présence d'un second abcès, quelquefois très indépendant du premier, séparé de lui par une couche de parenchyme plus ou moins épaisse.

Mais ce qu'il est plus anormal de rencontrer, ce sont les abcès multiples. Un malade de M. Jossierand présentait en outre d'un abcès à la face inférieure, un deuxième abcès de la grosseur d'une mandarine dans le lobe gauche, au centre du foie ; enfin à la coupe on découvrait encore plusieurs petits abcès du volume d'un pois. Laveran remarque chez un opéré, en plus du grand abcès huit abcès superficiels sur la face concave, puis dix sur la face convexe, le plus gros ayant le volume d'une petite pomme.

Haspel dans un mémoire rapporte une observation intéressante d'une hépatite aiguë qui dura dix-huit jours : à l'autopsie, « le foie très volumineux, contenait dans son lobe droit, neuf petits abcès arrondis, du volume d'une noisette à celui d'une pomme ; dans quelques autres points circonscrits, le parenchyme

hépatique avait entièrement disparu, et semblait converti en un pus blanchâtre, qui commençait à se fondre dans la partie centrale. »

Enfin le Dr Fontan a signalé une autopsie d'un vieux dysentérique dont le foie renfermait dix-huit abcès.

La multiplicité des abcès serait d'un pronostic plus grave, car elle indiquerait une localisation hépatique septicémique ; aussi les statistiques d'autopsie sont-elles en faveur de la multiplicité des abcès parce qu'elles contiennent tous les mauvais cas.

III. Lésions anatomiques. — Au point de vue de l'évolution anatomo-pathologique des abcès du foie en ce qu'elle peut présenter d'anormal, nous résumerons l'article du Dr Fontan qui décrit trois types d'abcès : l'abcès nécrosique, l'abcès phlegmoneux et l'abcès enkysté.

Le premier correspond à la première phase de l'abcès, et il est très rare de l'observer, à ce stade il est formé par un infarctus, masse d'un blanc grisâtre, peu étendue, et d'une forme irrégulière. Le deuxième stade se voit fréquemment, aussi n'en dirons-nous rien : le bloc nécrosique devenu pulpeux s'infiltre de pus, se liquéfie et bientôt il se forme une cavité anfractueuse, contenant un pus couleur lie de vin.

Mais quand l'abcès vieillit, le pus devient de plus en plus homogène, il tend à devenir plus clair (café au lait). La zone de réaction inflammatoire cesse sa marche envahissante : tous les vaisseaux sont thrombosés. Ce type d'abcès enkysté correspond à une période tardive de la maladie. Cette transformation a demandé des mois, des années même pour s'opérer.

Aussi est-il rare de l'observer, parce que l'abcès pendant toute sa période d'activité a dû attirer l'attention du chirurgien et du malade : il y a eu intervention, et l'évolution n'a pas eu le temps d'arriver jusqu'à ce stade. Dans ce cas, il s'est formé un tissu de cicatrice qui termine ainsi l'abcès.

C'est ce que l'autopsie a montré, chez le malade du Dr Rock, de Genève, chez lequel la cavité de l'abcès était remplacée par un tissu de cicatrice : l'abcès était fermé, crétaqué et cicatrisé depuis plusieurs mois (ob. X).

Mais si la cavité de l'abcès est trop grande, celle-ci ne peut être comblée complètement, il persiste alors une poche contenant un pus à peu près dépourvu des caractères du pus amibien. Il est d'un blanc sale. Si la cavité est grande, le pus se dépose en plusieurs couches et les parties supérieures ne sont plus qu'une sérosité louche. « Au fond, c'est une crème filante, parsemée de caillots blancs. Les abcès peuvent encore diminuer de volume, il se fait alors un froncement du tissu hépatique qui tend à resserrer la capacité de l'abcès, dont la partie liquide se résorbe. Le pus devient alors de plus en plus épais jusqu'à ce qu'on n'y aperçoive plus qu'un contenu caséeux qui n'a plus aucune ressemblance avec le pus couleur chocolat de la période phlegmoneuse. Ce sont là les abcès caséeux. » (Fontan.)

Symptomatologie

Avant de parler des abcès à symptômes anormaux, nous devons rappeler en quelques lignes la symptomatologie des formes normales.

La forme type du grand abcès dysentérique est aiguë ou chronique. Dans la première, le début a lieu ordinairement au milieu d'une dysenterie aiguë ou d'une crise aiguë de dysenterie chronique. Fièvre vive, frisson, douleur à localisation hépatique, avec irradiations vers l'épaule quand l'abcès siège à la face convexe. Le malade a le teint terreux et pâle; l'inspection montre l'augmentation de volume du foie; la palpation apprécie cette hypertrophie et éveille de la douleur. Quelques symptômes se montrent parfois du côté des organes voisins, vers la plèvre ou le poumon, et ont leur importance. L'œdème de la paroi est un signe qui apparaît tardivement. Cette forme aiguë est fréquente chez les jeunes sujets; mais chez les anciens coloniaux, c'est la forme chronique que l'on observe le plus souvent. La maladie marche alors lentement, d'une façon insidieuse, et souvent d'autant plus facile à confondre avec d'autres cachexies tropicales, qu'elle est portée par de vieux coloniaux. La fièvre se montre avec le caractère hectique, atteignant 38° chaque soir. — Le volume et la forme du

foie donnent quelques renseignements, et l'on peut avoir, comme dans la forme précédente, des réactions pleuro-pulmonaires, plus ou moins nettes. — A côté de ces formes normales, il en est d'autres moins fréquentes, qu'il est de la plus grande utilité de connaître. Mais déjà, dans les formes précédentes, il n'est pas rare de rencontrer des symptômes anormaux.

C'est ainsi que l'on peut voir des irradiations douloureuses vers la fosse iliaque, pouvant faire penser à une appendicite : la dyspnée, le point de côté peuvent manquer, la fièvre être absente. A l'examen objectif, le foie peut ne pas être douloureux ou hypertrophié, quoique un volumineux abcès évolue au sein du parenchyme hépatique.

I. Abcès tardifs. — Cette forme particulière, fait l'objet de la thèse du Dr Laferrère, dans laquelle il rapporte 22 observations qui sont tout à fait distinctes de celles des abcès vulgaires, précoces. Car autant ceux-ci sont facilement reconnus, autant les premiers sont facilement méconnus, grâce à leur caractère insidieux et à leur marche torpide. L'atténuation de leurs symptômes jointe à l'ancienneté de leurs antécédents, suffit à les faire méconnaître. Ces malades ont perdu l'appétit depuis plusieurs semaines ainsi que leurs forces. Cependant ils ne souffrent pas et la fièvre souvent absente se traduit d'autres fois le soir seulement, par un léger mouvement fébrile.

Le début peut cependant être quelquefois plus brusque. Malgré tout, il y a toujours prédominance des symptômes généraux sur les signes locaux.

Ceux-ci sont des signes du côté du foie : douleur

spontanée et provoquée. Hypertrophie de l'organe, parfois difficile à mettre en évidence. Du côté de l'intestin, les signes sont souvent peu nets dans la période intercalaire, mais ils se réveillent quand l'abcès se forme, comme s'il y avait en même temps que l'hépatite une nouvelle poussée dysentérique. Les symptômes pleuropulmonaires existent dans un certain nombre de cas.

La fièvre dans ces formes, est loin de ressembler à celle de l'hépatite type. Elle offre une grande ressemblance avec la courbe thermique des tuberculeux, oscillant régulièrement entre 37°5 et 38°5. Il est même des cas où la fièvre est nulle, la température reste entre 37° et 37°5, et cela chez des malades cachectiques, sans augmentation, même au jour du décès.

En réunissant un certain nombre de symptômes, le Dr Laferrère a pu établir divers types cliniques de ces abcès tardifs et décrire d'après les symptômes locaux : 1° un type à symptômes hépatiques, sans dysenterie. Tel est le malade du Dr E. Josserand, qui fut constipé au point qu'on dut lui donner des laxatifs.

2° Un type dysentérique sans symptômes hépatiques : cas très rares, dans lesquels, seuls les symptômes intestinaux peuvent expliquer la fièvre ou la cachexie (obs. XVI). Tel est un malade de Dreschfeld, et un autre du Dr E. Josserand, qui présentait des symptômes diarrhéiques violents, ne se plaignant jamais du foie, la pression y réveillait à peine une légère douleur sans localisation bien nette, tandis que l'autopsie permettait de constater un volumineux abcès.

3° Un type à symptômes pleuropulmonaires, dans

lequel les signes fournis par l'auscultation ont une telle importance qu'ils font passer au second plan les symptômes hépatiques et intestinaux. On croit alors avoir à faire à une pleurésie de la base droite ou à une tuberculose pleuropulmonaire en évolution. (obs. VIII).

Mais dans certains cas, les symptômes généraux ont une physionomie si particulière que Laferrère a pu en décrire deux types principaux :

1° Un type fébrile, dans lequel la courbe thermique peut présenter de grandes oscillations, survenant par intervalles plus ou moins éloignés. Lafourcade signale un malade chez lequel un médecin diagnostiqua une tuberculose pulmonaire à cause des oscillations thermiques, qui allaient de 37°5 à 39, alors qu'il était porteur d'un gros abcès du foie;

2° Un type cachectique apyrétique : Là, plus de fièvre, ce sont des malades amaigris, atteints de vomissements répétés, faisant songer à un néoplasme de l'estomac ou du foie. Après une période relativement longue pendant laquelle rien n'attire l'attention vers le foie, la période d'état s'établit insidieusement.

Tels sont les principaux caractères des abcès tardifs du foie. On voit que nous sommes loin ici, des signes caractéristiques de l'hépatite type, et quelles difficultés se dressent devant le clinicien, quand il s'agit d'établir un diagnostic.

II. Abcès latents. — Ces formes d'abcès tardifs ont été étudiées par le Dr Fontan sous le nom d'hépatites frustes, ou larvées. Mais il est d'autres formes plus anormales encore, ce sont les hépatites latentes dont l'évolution est tellement silencieuse et tellement dépour-

vue de réactions, soit locales, soit générales, que les sujets qui en sont atteints ne songent même pas à consulter le médecin.

Quelquefois ce sont des sujets qui ne veulent pas se laisser considérer comme malades ; ils croient seulement être atteints de la débilitation commune à tous ceux qui font un long séjour aux colonies. L'abcès du foie peut alors se révéler par une poussée brusque avec fièvre, douleur caractéristique, qui forcent à intervenir, permettant ainsi de découvrir une collection purulente au sein du parenchyme hépatique. Parfois le sujet meurt subitement ou accidentellement et ce n'est qu'à l'autopsie que l'on découvre l'abcès.

Tel est le cas cité par Mac Lean, d'un médecin militaire qui, après une dysenterie de moyenne intensité, avait continué à faire son service et qui fut emporté par une vomique. A l'autopsie on trouva un gros abcès du foie.

Tel est encore le cas de ce soldat qui tombe foudroyé, au moment où à l'arrivée à l'étape il buvait de l'eau de source. Effrayé de cette mort subite, le médecin militaire fit l'autopsie et trouva que cet homme était mort de la rupture d'un abcès du foie dont jamais il n'avait songé à se plaindre.

Rouis, dans son livre sur les suppurations endémiques du foie, rapporte aussi un cas tout à fait latent qui n'est découvert qu'à l'autopsie.

Les auteurs anglais ont beaucoup d'observations de ce genre. Les formes que nous venons de signaler sont, au point de vue thérapeutique, moins intéressantes que les précédentes, puisque leur évolution est ordinaire-

ment méconnue, et que c'est seulement l'autopsie qui permet de découvrir la véritable affection du sujet.

Formule hémoleucocytaire des abcès du foie d'origine amibienne.— Nous devons indiquer dans ce chapitre de symptomatologie les anomalies de la formule hémoleucocytaire des hépatites. Cette affection ne possède pas de formule spécifique, et partage celle des suppurations viscérales profondes.

Il y a hypoglobulie ; de plus les globules rouges paraissent irréguliers, déformés, inégaux de taille. Acôté de cette poïkilocytose ; il faut noter aussi que les hématies se colorent moins intensivement par les colorants acides qu'à l'état normal.

Du côté des globules blancs il y a en général hyperleucocytose, le nombre des leucocytes pouvant atteindre 20 et même 40.000. Boinet cite de nombreux cas où l'hyperleucocytose, atteignait 30.000. Ce sont surtout les polynucléaires qui sont augmentés, et beaucoup de chirurgiens attachent une grosse importance à ce signe, quand les symptômes du côté du foie ne sont pas d'une netteté absolue.

Pourtant cette polynucléose n'est pas la règle : M. Khouri, d'Alexandrie, arrive aux conclusions suivantes : sur 10 cas d'abcès dans lesquels il a fait l'examen du sang, il a trouvé une fois de la leucopénie, 3 fois une leucocytose normale (7.000 à 8.000), 3 fois une hyperleucocytose modérée (12 à 15.000), 3 fois une hyperleucocytose notable, mais toujours inférieure à 30.000.

De même un des malades du service du professeur Teissier n'avait que 8.550 globules blancs.

La notion classique, admise par tous les auteurs comme Bertrand, Maurel, Boinet, Mossé, Sardat et Fontan est celle de l'hyperleucocytose. Il faut donc considérer comme formes anormales, celles dont nous venons de parler.

Evolution

Lorsqu'un abcès du foie a été diagnostiqué de bonne heure, et que l'on est intervenu, la guérison peut avoir lieu très rapidement, en trois semaines; mais si l'abcès a été méconnu ou si l'intervention a été faite trop tardivement, la terminaison la plus fréquente est la mort, ou par infection, au milieu d'un état typhoïde, avant même la collection du pus, ou pendant la période de formation du pus. Enfin dans la période chronique, la mort peut survenir soit par suite d'hecticité, soit à la suite de complications que nous étudierons au chapitre suivant.

La guérison spontanée est très exceptionnelle. Quelques autopsies ont pu cependant en démontrer l'exactitude. L'abcès s'enkyste, la virulence s'atténue, la partie liquide se résorbant, le pus condensé subit la transformation caséuse, quelquefois crétacée; à cette guérison anatomique, correspond la guérison clinique.

Certaines formes atténuées peuvent aussi se terminer par résolution. C'est le cas d'un malade dont MM. Kelsch et Kiener rapportent l'observation dans leur traité des maladies des pays chauds. Ce sujet présentait tous les symptômes d'une hépatite, ceux-ci s'amendèrent peu à peu, et la guérison fut obtenue en peu de temps.

Migrations. — L'abcès du foie peut aussi évoluer vers l'ouverture spontanée, après plusieurs migrations. Celles-ci aboutissent souvent à la mort, et exceptionnellement à la guérison. Les conditions anatomiques font que le pus cherche presque toujours la même voie, mais il est cependant des migrations anormales, et c'est sur celles-ci que nous insisterons.

1° *Migrations normales.* — Parmi celles-ci nous citerons d'abord l'ouverture dans les poumons. Sur 24 migrations thoraciques que le D^r Fontan a vues, 21 fois le pus s'est fait jour dans cet organe.

C'est la base du poumon droit qui offre la surface la plus exposée, parce qu'elle est excavée pour recouvrir la forme convexe du foie, coiffé du diaphragme. Après quelques symptômes précurseurs : point de côté, respiration courte et douloureuse, toux spéciale, douleurs en bretelle ; point névralgique dans la fosse sus-épineuse, et quelques crachats hémoptoïques, brusquement au milieu d'une crise de toux et de dyspnée, le malade évacue du pus hépatique caractéristique. C'est la vomique habituelle, après laquelle la température tombe. Tout danger paraît conjuré, mais la vomique peut se reproduire, et l'état général rester grave.

La cavité péritonéale est aussi une voie fréquente des migrations hépatiques. Souvent le processus allant rapidement, les adhérences n'ont pas le temps de se faire ; après une mortification en masse, il se fait une ouverture subite dans le péritoine, d'où péritonite généralisée. Il ne faut pourtant point désespérer, lorsque survient cette complication. La laparotomie, le lavage du péritoine, peuvent encore guérir le malade, et Hulke

en a communiqué un beau cas à la Société royale de Londres. Plus souvent l'ouverture se fait lentement, par un processus aboutissant à une péritonite enkystée, en communication avec le foyer hépatique. Ordinairement cet abcès migrateur se colle à une paroi, contre le psoas, ou contre la paroi antérieure ; il se collecte alors soit dans la région ombilicale, soit dans les fosses iliaques.

Le D^r Fontan cite une autopsie dans laquelle il trouva un long trajet purulent partant du lobe de Spiegel où existait un abcès ouvert dans le péritoine, descendant contre la paroi abdominale, jusqu'à la branche horizontale du pubis gauche.

Citons comme autres migrations fréquentes : celles du tube digestif, et en particulier, celles du colon transverse.

A côté de ces migrations normales, il en est de moins fréquentes, mais dont le clinicien doit cependant tenir compte.

2 *Migrations anormales.* — Citons tout d'abord parmi celles-ci :

a) L'ouverture aux téguments. — Cette ouverture est exceptionnelle et cela n'étonnera personne si l'on songe aux conditions anatomiques de la suppuration hépatique. La capsule de Glisson très résistante s'enflamme avec lenteur. Elle finit cependant par subir une subinflammation lente, puis il se forme des adhérences entre elle et le péritoine. Cette plaque d'adhérences précède toujours, sauf dans les cas de rupture suraiguë, la migration en dehors du foie. Mais si l'on se rappelle combien sont petites les surfaces de contact entre le foie et les parois thoraco-abdominales,

on comprendra que l'abcès doit trouver plus facilement une issue dans le poumon ou le péritoine que dans les tissus sous-cutanés. Rouis rapporte dans son livre sur les suppurations endémiques du foie, un abcès qui évolua vers l'épigastre. Les téguments étaient soulevés par « un noyau mobile et pédiculé, de la grosseur d'une noisette. Ce noyau présentait de la fluctuation. La pression du doigt arrivait à le réduire en entier, mais il se reconstituait aussitôt qu'on ôtait celui-ci. A 9 heures les téguments laissaient entrevoir une teinte livide, on ouvre la tumeur d'un coup de lancette, et il en sort 80 gr. d'un pus analogue à une bouillie claire de chocolat. »

Haspel signale le cas d'une poche purulente creusée dans le lobe droit du foie et s'étendant jusqu'à l'arcade crurale et au scrotum.

b) Migrations sus-diaphragmatiques. — Parmi celles-ci, nous signalerons tout d'abord l'ouverture dans le péricarde. Ce sont les abcès du lobe gauche qui peuvent chercher cette voie. Les cas publiés sont des trouvailles d'autopsie, pourtant, quelques signes peuvent donner l'éveil. L'irruption du pus dans cette cavité s'annonce par une douleur très vive à la région précordiale, une angoisse inexprimable, des accès de suffocation, des palpitations, des syncopes et un affaiblissement rapide des bruits du cœur : ainsi peut se poser une indication d'intervention urgente.

Le pus peut encore se faire jour dans la plèvre : après avoir ulcéré le poumon, il pénètre dans cette séreuse, sans avoir été évacué par les bronches; ce fait a été nettement constaté dans des autopsies, notamment dans un cas de Loison et Arnaud, d'un cavalier dont les

antécédents dysentériques étaient peu nets, et qui fut soigné pour une pleurésie purulente qui absorba toute l'attention des médecins. A l'autopsie, on remarqua que la plèvre droite était tapissée par une fausse membrane fibrino-purulente peu épaisse, et que les adhérences existaient entre la base du poumon et le diaphragme.

« Dans la scissure interlobaire supérieure, à la face supérieure du lobe moyen du poumon droit, on voit un orifice fistuleux admettant le petit doigt par lequel sort du pus, le doigt introduit dans cette ouverture pénètre dans un canal infundibuliforme, creusé à travers le parenchyme pulmonaire et arrive dans un grand abcès de la face supérieure du lobe droit du foie. »

L'abcès, qui s'est déjà frayé un passage par les bronches, peut secondairement pénétrer dans la plèvre, il en résulte une fistule double, hépato-bronchique d'une part, et pleuro-bronchique de l'autre.

Enfin, le pus peut faire irruption dans la plèvre, directement par ulcération du diaphragme, au niveau du sinus costo-diaphragmatique, ou bien en se frayant une voie tortueuse à travers le médiastin, ainsi que le constate le Dr Fontan dans une autopsie unique.

c) Migrations sous diaphragmatiques. — On connaît quelques cas d'ouverture dans l'estomac, que l'on pourra diagnostiquer par les douleurs spéciales, les hoquets, le tympanisme brusque de la voussure et les vomissements caractéristiques.

L'ouverture dans les voies biliaires est plus rare, et d'un diagnostic difficile. On a rapporté quelques observations d'ulcération d'un canal biliaire important ;

celui-ci devient alors le vecteur du pus jusqu'à l'ampoule de Vater, On a signalé aussi des cas de perforation directe de la vésicule biliaire, donnant lieu alors à de véritables crises de coliques hépatiques, par distension de la vésicule, et l'expulsion par vomissements d'un pus mélangé de bile.

La migration vers les voies urinaires est moins rare, et comporte plus d'indications thérapeutiques. C'est ordinairement le rein droit qui est atteint; cependant on a rencontré dans quelques autopsies le foie hypertrophié, s'appuyant sur le rein gauche, et ayant permis l'évacuation d'un abcès par le côté gauche. L'ouverture dans le rein peut se faire de deux façons : ou bien le pus produit en atteignant cet organe une ulcération plus ou moins profonde de sa surface, sans pénétration proprement dite. Il n'y a pas de pus dans les urines, il peut y avoir péritonite profonde ou phlegmon périnéphrétique. Ou bien le pus s'est fait jour dans le bassinnet, s'écoulant alors mélangé aux urines. Bertrand rapporte une observation dans laquelle « l'urine examinée avec soin contenait du pigment biliaire et du pus. L'œdème avait gagné la région lombaire, et une opération pratiquée à propos avait permis de drainer et de curetter un abcès situé au-dessus du rein. »

Le Dr Fontan, dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, rapporte le cas d'un médecin de la marine, qui eut la dysenterie en Cochinchine, et vint à l'hôpital avec le diagnostic d'abcès du foie. « Trois ponctions sont faites au-dessous du bord costal, deux dans le dernier espace, ne rencontrent que le foie sain. Laparotomie exploratrice. Arrivé au niveau de la face con-

cave, on peut avec le trocart, puis avec le bistouri, ouvrir une poche fluctuante. C'est un abcès de la grosseur du poing, il est superficiel et une partie de sa coque est formée par le tissu cellulaire et le péritoine prérénal. Le rein est immédiatement au-dessous. Curetage. Deux drains. Six jours après pollakyurie douloureuse, urines jaunes, presque puriformes. Après quatre jours de souffrance, le malade mis au lait et au santal cesse de se plaindre ; mais les urines conservent un dépôt blanc laiteux, huit jours plus tard l'écoulement redevient abondant et bilieux, la fièvre tombe. Il y a eu manifestement un processus ulcératif ou nécrosique qui a intéressé les canaux urinaires. »

Comme autres migrations anormales on a encore signalé quelques cas d'ulcérations de la rate par un abcès du lobe gauche.

On connaît deux cas d'ouverture du foyer dans la veine cave ; celui de M. Colin, et un autre rapporté par le Dr Molemetta. Mais cette migration au point de vue clinique ne donne pas de signes utiles, car la mort arrive très rapidement, au milieu d'un état général très grave (obs. XIV).

Complications

Il n'est pas rare qu'un abcès du foie que l'on voyait évoluer vers la guérison présente des complications qui changent subitement le pronostic. Ce sont souvent les mêmes que l'on voit se produire, mais il en est quelquefois d'anormales, et c'est de celles-ci que nous nous occuperons surtout.

1° Complications intra-hépatiques. — Certaines complications peuvent se présenter dans le foie lui-même. Malgré la thrombose des vaisseaux on peut voir se produire une hémorragie plus ou moins forte. Fontan rapporte le cas d'un malade qui mourut subitement en collapsus, à l'autopsie duquel on trouva la poche d'un énorme abcès rempli de caillots.

Dans le foie, aussi quand on opère à la période phlegmoneuse, il peut arriver que l'on ramène à la curette des franges sphacéliques.

Ceci n'est pas une gangrène de complication, car c'est le processus même de l'abcès nécrosique qui aboutit à cette transformation.

Mais dans les cas graves, il se surajoute parfois des gangrènes brutales et massives, causées par la thrombose de quelque grosse veine. Cette gangrène primitive est une complication rare (obs. XII).

Les gangrènes secondaires à l'ouverture de l'abcès sont plus fréquentes et nous n'en dirons rien.

2° Complications thoraciques. — Du côté de la paroi thoracique la plus grave complication est la carie costale. Celle-ci a été observée par Chauvel, surtout dans les abcès ouverts spontanément à l'extérieur. Elle peut se produire aussi à la longue dans les abcès ouverts chirurgicalement, qu'un procédé insuffisant a laissé s'éterniser sous forme de fistule thoracique. Enfin elle se rencontre avant toute ouverture au milieu des manifestations d'œdème et de plegmon de la paroi. On trouve quelques observations de ce plagédénisme cutané amibien ; les plus intéressantes sont celles de Ménétrier et Tourraine rapportées à la Société médicale des Hôpitaux en 1901, et celle de A. Carini que nous résumons plus loin (obs. XV).

On s'est demandé quelle était la pathogénie de cette complication ; pour les uns, il faut l'attribuer à l'action irritante du pus qui s'écoule par l'abcès, pour d'autres, elle serait due à l'insuffisance hépatique. Pour d'autres enfin à une infection gangréneuse de nature amibienne ou bactérienne.

Du côté des organes thoraciques les complications sont moins rares, aussi ne nous y arrêterons-nous pas ; du côté de la plèvre, c'est la pleurésie sèche. Plus souvent c'est la pleurésie à épanchement, celui-ci devenant rapidement purulent, il peut même l'être d'emblée ; dans ce cas il faut éviter la confusion avec la pleurésie purulente survenant brusquement par irruption du pus dans la cavité pleurale, qui se traduit par une douleur extrêmement vive et angoissante.

La pneumonie s'observe aussi, indiquant souvent la marche de l'abcès vers le poumon ; mais elle peut être

observée aussi en dehors de cette migration, c'est alors une véritable pneumonie lobaire, fibrineuse, avec tous les signes classiques ; et elle aggrave sérieusement le pronostic.

La péricardite sèche et la péricardite avec épanchement ont été signalées quelquefois, et se rencontrent dans les autopsies.

3° Complications abdominales. — La péritonite circonscrite est assez fréquente, au contraire la péritonite diffuse consécutive à l'irruption brusque du pus dans le péritoine est assez rare. Dans ce cas on voit soudainement apparaître les symptômes d'une péritonite aiguë généralisée qui entraîne la mort au bout d'un temps généralement très court.

À côté de ces complications que nous venons de passer brièvement en revue, il en est d'autres dont l'importance est plus grande encore, et dont la pathogénie n'est pas encore bien connue. Nous voulons parler des abcès du poumon et du cerveau consécutifs à la dysenterie et à l'abcès du foie.

Les abcès du poumon. — Parmi les abcès du poumon que l'on voit évoluer à côté des abcès du foie, les plus intéressants sont ceux qui sont indépendants l'un de l'autre. C'est ainsi que se présente un malade de Murchinson dont le lobe droit du foie renfermait un abcès gros comme une noix de coco, et qui avait perforé le diaphragme, de façon à avoir pour limite en haut la base du poumon droit. Dans le lobe inférieur du poumon droit se trouvait un abcès distinct du premier. Dans ce cas, la collection pulmonaire malgré son très proche voisinage de la collec-

tion hépatique en était séparée par une capsule dense, et par du tissu sain. Il s'agissait donc là d'une inoculation à distance; très probablement par les lymphatiques.

Dans le cas publié par M. Roch dans la *Revue de la Suisse romande* il s'agit d'un abcès du foie transposé dans le poumon (obs. X).

Cautlic James cite un cas d'abcès du poumon droit par embolie, après un abcès dysentérique du foie.

Laferrère dans sa thèse cite une observation du Dr E. Josserand, d'un abcès dysentérique tardif du poumon, sans étape hépatique, que nous résumerons ainsi : un ancien dysentérique présente un foie gros. La région hépatique porte la trace de ventouses scarifiées, mises aux colonies pour des accès d'hépatite, il a une expectoration abondante, purulente, rougeâtre ; en présence de ces signes on pense à un abcès du foie ouvert dans les bronches. « Pourtant le liquide de la vomique ne contient pas trace de débris hépatiques. Pas de signes de perforation hépaticobronchique. Puis apparaissent à gauche des signes cavitaires. On se demande alors, ne pouvant croire à la possibilité de cette hypothèse, s'il ne s'agit pas d'un abcès du foie ouvert dans le poumon gauche. La mort survient trois jours après. » A l'autopsie on remarquait certains éléments qui pouvaient faire invoquer l'existence d'un abcès pulmonaire consécutif à une suppuration hépatique, et conditionné par elle : « Telle la présence de cicatrices dans le tissu hépatique ; mais contre cette hypothèse, il y a la quantité très-peu considérable de pus sous-diaphragmatique, et le fait que la propagation infectieuse aurait passé

du foie dans le poumon, non pas droit mais gauche.»

Malgré tout, il ne semble pas qu'on puisse affirmer d'après cette observation que l'abcès pulmonaire ait évolué pour son propre compte, et que ce soit là un cas d'abcès dysentérique sans étape hépatique. Cependant, comme on a signalé des cas d'abcès du cerveau d'origine dysentérique, sans abcès du foie antérieur, il peut bien se faire que pareil mécanisme puisse exister pour le poumon.

M. Jossierand rapporte encore une observation d'une forme tout à fait particulière de complication pulmonaire, c'est celle d'un bronchitique fébricitant, chez lequel on ne trouve que des signes banaux de bronchite, qu'on ne peut expliquer que par une vieille dysenterie remontant à plusieurs années, ce qui fait penser au Dr Laferrère qu'il existerait des cas d'infection directe des bronches réalisées directement par les lésions intestinales, sans participation du foie.

Nous n'avons pas trouvé d'autres observations comparables à celle-ci, pour nous permettre de conclure à ce processus particulier, mais il semble que cette interprétation des faits soit tout à fait plausible.

Abcès du cerveau. — Cette question a fait l'objet d'un rapport très détaillé du Dr Legrand, d'Alexandrie, dans les *Archives provinciales de Chirurgie*.

Cette complication n'est pas très fréquente, et le Dr Couteaud trouve la proportion de 3 p. 100 de M. Sieur un peu forte. Mais le Dr Legrand, dans un rapport de janvier 1912, rapporte 43 cas positifs. Cependant il utilise des observations antérieures à la notion du

rôle pathogène des amibes. Aussi Dopter, Jacob et d'autres auteurs font-ils remarquer qu'il peut être malaisé de distinguer parmi ces observations la part qui revient à l'une ou l'autre des deux grandes variétés de dysenterie, autrefois confondues, à tel point qu'ils ont jugé nécessaire de faire table rase de toutes les observations anciennes, pour ne garder que celles où la présence d'amibes a été nettement constatée ; et alors il faut limiter le nombre à huit ou neuf observations irréfutables.

Au point de vue pathogénique, l'abcès du cerveau peut s'expliquer par le mécanisme de l'embolie parasitaire amibienne.

Marshall en 1899 a vu dans un abcès du foie à répétition suivi de mort, une thrombose de la veine porte et de la veine cave, et il a noté la présence d'amibes dans le caillot.

Harris a vu des amibes dans le sang des veines mésentériques d'un malade dont le foie était criblé d'abcès amibiens.

Plus tard Mursgrave et Cleggy ont publié deux cas de véritable septicémie amibienne. Il n'est donc pas étonnant que les amibes véhiculées par le torrent circulatoire, puissent aller jusqu'au cerveau y déterminer une lésion spécifique.

En plus de ces cas dont nous venons de parler, le Dr H. Legrand a constaté deux cas d'abcès qui se sont développés dans le cerveau sans que le foie ou aucun viscère ait été le siège d'une localisation purulente, les malades ayant succombé à la dysenterie.

Enfin complétant l'analogie des abcès tropicaux,

avec les abcès de nos pays, Potherat publie dans le Bulletin de la Société de chirurgie, un cas de dysenterie autochtone, d'abcès du foie et du poumon opérés, suivis d'une métastase cérébrale ayant amené la mort.

La symptomatologie des abcès du cerveau ne présente rien de spécifique. Les convulsions, la céphalée sus-orbitaire persistante, la stase papillaire mettent sur la voie du diagnostic quand le malade a été atteint de dysenterie.

M. le professeur Jacob du Val de Grâce pense que l'opération paraît désirable.

Nous renvoyons pour les observations à l'article du Dr H. Legrand dans les *Archives provinciales de chirurgie*, numéros de janvier, février et avril 1912, et à la communication de MM. Jacob et Sieur à la Société de chirurgie le 25 janvier 1911.

Diagnostic.

Le diagnostic devant être basé sur l'appréciation rigoureuse des symptômes, il y a lieu de les étudier d'une façon analytique et de se demander quels sont ceux dont la présence constante et la fixité permettent d'établir un diagnostic ferme. Nous nous attacherons surtout à montrer combien il faut tenir compte des signes anormaux qui peuvent induire si facilement en erreur.

Valeur diagnostique des différents symptômes. — S'il est normal de voir un malade atteint d'hépatite aiguë, le faciès vultueux et l'expression souffrante, rien n'est plus variable que l'habitus de ces vieux dysentériques, ressemblant étonnamment aux anciens paludéens, ou à ces malades affaiblis par un long séjour dans les pays tropicaux. Quel compte tenir de ce signe, quand on voit des malades porteurs d'abcès ne manifester sur leur visage aucun signe de souffrance. Comment ne pas se laisser aller à prendre pour un tuberculeux, ce malade cachectique, toussant et crachant, et dont les antécédents personnels et héréditaires sont tout à fait positifs?

La douleur hépatique est un des meilleurs signes, ainsi que l'hypertrophie du foie. Tous les auteurs

égyptiens qui examinent fréquemment des abcès amibiens disent, qu'en présence d'un malade se plaignant d'un point de côté hépatique, et dont cet organe est hypertrophié, il faut penser de suite à un abcès du foie. Cette augmentation de volume présente encore ceci d'intéressant, c'est qu'elle existe dès le début, s'accroissant régulièrement, pouvant permettre ainsi un diagnostic précoce.

L'œdème de la paroi est un signe intéressant, mais trop tardif.

Les frottements péri-hépatiques n'existent pas toujours ; ils semblent n'être perçus que lorsque le pus approchant de la surface a provoqué déjà, soit un dépoli de la séreuse, soit même un commencement de péritonite adhésive.

Rieux dans sa thèse attache une grande importance à l'existence d'une pleurésie séreuse droite, contrairement aux auteurs qui regardent l'absence de pleurésie droite comme symptomatique d'un abcès du foie (Barthélemy et Bernardy). Il admet que son apparition dans des circonstances déterminées peut aider au diagnostic de la suppuration du foie.

La fièvre est trop variable pour être un signe important. Dans les observations que nous avons consultées, nous avons rencontré souvent des courbes thermiques sans régularité ; quelquefois des élévations de température atteignant 40°, quelquefois au contraire la fébricule vespérale manquant pendant plusieurs jours, pour ne se manifester que par de petits accès éloignés.

A propos de l'examen du sang, nous avons vu

que la polynucléose est un assez bon signe, mais que dans certains cas elle peut manquer.

D'autre part M. Maurel fait observer, dans deux communications à la Société de biologie, que la leucocytose est fortement modifiée, quoique passagèrement, par certains agents comme la quinine, la cocaïne, le chloroforme. Aussi faut-il se méfier des examens de sang faits après quelques jours de traitement par la quinine, ou pendant le sommeil chloroformique, ne donnant qu'une faible hyperleucocytose.

Si l'on évite ces causes d'erreur, et si d'autres symptômes plaident en faveur d'un abcès du foie, une hyperleucocytose arrivant à 40.000 devient un bon signe de suppuration hépatique.

Faut-il attribuer une grande valeur à l'examen radioscopique. C'est dans les cas d'abcès de la convexité qu'il est le plus utile, en montrant l'existence d'une voussure sous-phrénique du dôme hépatique. L'image observée ne pourrait guère prêter à confusion qu'avec un kyste hydatique, l'erreur serait relativement peu importante, l'indication opératoire étant la même dans les deux cas. Mais la saillie ascendante de l'abcès hépatique n'est pas un symptôme précoce, elle ne se dessine que lorsque la collection a déjà pris un volume considérable. D'autre part, toutes les collections du lobe postérieur et de la face concave sont presque impossibles à découvrir. Aussi attendre le diagnostic radioscopique doit être moins une indication de choix qu'une sorte de pis aller.

Il est heureusement des méthodes qui peuvent donner de précieux renseignements, ce sont :

1° L'examen des selles au microscope, soit directement, soit en colorant le fond de la préparation au bleu de méthylène.

2° La rectosigmoïdoscopie, qui permet d'étudier l'intestin jusqu'à 30 ou 35 centimètres de l'anus, et d'y découvrir les ulcérations caractéristiques, profondes à bords décollés, en bouton de chemise, ou des cicatrices spécifiques.

3° L'inoculation au jeune chat : avec une pipette, dont l'extrémité est moussée, on introduit dans le rectum de ce jeune animal 1/2 cc. de selles dysentériques fraîches, ou du pus frais d'abcès du foie, contenant des amibes vivantes. Deux ou trois jours après l'infection, ces animaux présentent de la diarrhée muqueuse ou même mucoso-sanglante. Dans les selles, on constate la présence de nombreuses amibes mobiles.

L'animal est abattu, son poil se hérisse, il meurt vers le 12^e ou 13^e jour.

I. *Diagnostic différentiel.* — Il est un certain nombre d'affections avec lesquelles il est facile de confondre un abcès du foie ; la tuberculose pulmonaire chronique (obs. VIII), la pleurésie purulente, la pleurésie diaphragmatique, la pneumonie et la série nombreuse des abcès sous-diaphragmatiques ont souvent donné lieu à des méprises. Tel est le cas de ce malade dont l'observation a été recueillie à l'hôpital Desgenettes par MM. Job. Wandenbossche et Tournade, qui fut atteint d'un abcès au poumon, ayant simulé un abcès du foie.

Du côté des organes abdominaux, la pyélonéphrite suppurée droite, avec ou sans phlegmon périnéphrétique, la pancréatite, les tumeurs de l'estomac, du duode-

num et du pancréas peuvent aussi simuler une hépatite.

Nous donnons une observation d'un abcès du foie, pris au début pour une typhoïde (obs. VII).

Parmi les affections du foie, il faut écarter : les kystes hydatiques, les cirrhoses hypertrophiques, les néoplasmes. La syphilis du foie est particulièrement intéressante; Lafourcade et Bayonne signalent un malade atteint d'abcès du foie, survenu tardivement, lequel fut considéré longtemps comme atteint de syphilis de cet organe.

Dans quelques cas, peu fréquents il est vrai, on a pu confondre un abcès aigu du foie avec un foie infectieux aigu. Remlinger rapporte en effet, dans la *Presse médicale*, le cas d'un malade convalescent de dysenterie qui ressentit brusquement dans l'hypocondre droit une douleur violente avec irradiation vers l'épaule droite. La température était de 39°. La langue saburrale, il y avait des vomissements bilieux, de la diarrhée et du météorisme. Dans ces conditions, le diagnostic d'abcès du foie était porté; des ponctions pratiquées en tous sens dans le parenchyme hépatique, n'arrivaient pas à ramener autre chose que du sang. La fièvre était tombée et les symptômes s'amendaient, sans autre traitement. Le professeur Bozzolo a signalé sous ce titre l'observation de trois malades atteints : l'un de fièvre typhoïde, l'autre d'infection par le tétragène, le troisième d'une septicémie de nature indéterminée, qui ont présenté une série de symptômes fort analogues à ceux-ci.

Sous ce même titre de foie infectieux simulant l'abcès

hépatique, M. le professeur agrégé Bérard a communiqué à la Société nationale de médecine de Lyon, une observation de dysentérique exactement superposable à celle de M. Remlinger (obs. XIX). Enfin, M. le médecin principal Toubert nous en a communiqué une qui peut rentrer dans ce cadre (obs. IX). Au point de vue thérapeutique, il semble d'après ces auteurs, et d'après une communication de M. Sieur à la Société de chirurgie que la saignée du foie ait de bons effets sur la résolution de l'affection.

Ce sont surtout les abcès tardifs, à évolution lente et insidieuse qui donnent lieu au plus grand nombre de méprises, et les observations sont assez nombreuses, de malades chez lesquels on confondit une hépatite latente avec la malaria ou la tuberculose.

II. *Diagnostic étiologique.* — Quand le diagnostic d'hépatite est posé, toutes les difficultés ne sont pas aplanies, il faut encore se demander quelle est l'étiologie de l'affection.

Tout d'abord, l'hépatite qui se termine par résolution, survenant au cours d'une dysenterie, et dont les symptômes s'amendent au bout de quelques jours, ressemble beaucoup à l'hépatite paludéenne. De part et d'autre, on constate, associés à un mouvement fébrile plus ou moins marqué, des phénomènes locaux à peu près semblables. Les symptômes spécifiques n'existent ni chez l'une, ni chez l'autre des deux affections. Il faut donc se baser sur l'ensemble des autres conditions morbides, révélées par l'analyse clinique.

Les abcès d'origine typhique seront facilement diag-

nostiqués à cause de l'affection si caractéristique pendant laquelle ils auront pris naissance. De même les abcès survenant au cours des pyohémies.

Certains cas d'abcès appendiculaires ont une symptomatologie qui peut faire croire quelquefois à une hépatite aiguë. Le malade a été atteint d'appendicite violente ou légère, on est même intervenu, quelquefois trop tard. Le malade est en pleine convalescence, brusquement il présente de grands accès de fièvre, il se plaint d'une douleur violente dans la région hépatique. Le foie est tuméfié et augmente rapidement de volume ; la diarrhée est fréquente, les symptômes généraux sont graves. Le malade succombe dans l'adynamie et le collapsus, ou avec tous les phénomènes de l'ictère grave. L'allure rapide, presque foudroyante de l'affection et l'antécédent appendiculaire peuvent, dans ce cas, donner l'éveil.

Il faut encore faire le diagnostic avec les abcès tuberculeux du foie. Mais ceux-ci sont très rares chez l'adulte, et sont au contraire fréquents chez l'enfant. Au point de vue symptomatique ils peuvent être confondus avec des abcès latents. Ils débent par de l'amaigrissement, de l'anorexie et de la diarrhée. Les malades se plaignent de douleurs hépatiques, et la région est tuméfiée. On a pu voir ces abcès s'ouvrir à la peau comme les abcès dysentériques, produire une pleurésie purulente ou gagner directement les bronches.

Enfin les abcès actinomycosiques sont ordinairement d'un diagnostic impossible, sauf dans les cas où l'on a la notion d'une lésion primitive actinomycosique située ailleurs. La ponction sera d'ailleurs d'un grand

secours, en montrant la présence de l'actinomyces dans le pus retiré. Mais il faut bien savoir que le pus peut ne plus contenir le champignon caractéristique, après l'avoir renfermé.

Au chapitre des complications, nous avons signalé les divers symptômes qui permettaient de les diagnostiquer, nous ne reviendrons donc pas ici sur ce point particulier. Qu'il nous suffise d'insister sur l'utilité d'une intervention précoce qui, même dans les cas de métastases cérébrales, peut donner au malade quelque chance de guérison.

III. *Diagnostic du siège.* — Quand l'hépatite a été diagnostiquée et que l'origine dysentérique est connue, il faut préciser le siège de l'abcès, et là encore il n'y a pas de signes spécifiques. D'après le Dr Fontan, le calcul des probabilités donne quelques indications. L'abcès est plus fréquent sur la face convexe que sur la face concave, plus fréquent dans le lobe droit que dans le lobe gauche, et dans le lobe droit, il prédomine généralement vers la ligne axillaire. Donc c'est d'abord dans le lobe droit et en dehors qu'il faut penser trouver l'abcès.

Mais pour être plus sûr de la localisation, il faut étudier les points douloureux par la pression d'un seul doigt.

La ponction exploratrice, enfin, est une manœuvre complémentaire de diagnostic ; mais comme on tend de plus en plus à l'associer à l'ouverture large des collections purulentes hépatiques, à laquelle elle sert de guide, il vaut mieux la considérer comme un premier temps de l'intervention chirurgicale, sans pour cela diminuer sa grande valeur.

Pronostic

Nous ne voulons point ici faire tout un chapitre sur le pronostic des abcès du foie d'origine amibienne. La statistique de Rouis en Algérie notait 80 p. 100 de morts sur 203 cas, celle de Castro en Égypte 72 p. 100 sur 128 cas.

Mais cette mortalité est diminuée de beaucoup depuis le traitement chirurgical précoce. Cependant M. Martin a fourni au Congrès égyptien de médecine de 1905 une statistique d'abcès opérés au Cambodge, dans laquelle la mortalité opératoire atteignait 37,5 p.100, chiffre encore assez élevé, mais qui tient à ce que beaucoup de malades sont opérés trop tardivement; leur épuisement est tel, qu'ils succombent pendant l'opération, ou peu de temps après au shock opératoire, ou à une hémorragie, même moyenne. Ainsi il est nécessaire de s'attacher à opérer les malades à une période aussi rapprochée que possible du début des accidents. Dans ces conditions la statistique opératoire devient meilleure, et celle du Dr Fontan ne compte que 9 décès sur 118 opérés, soit une mortalité de 7,62 p. 100.

Nous avons vu combien le diagnostic précoce est difficile; aussi lorsque les diverses explorations n'ont donné aucun résultat, et que cependant l'ensemble des symptômes peut faire penser qu'une collection purulente se forme dans le foie, ne faut-il pas hésiter à recourir à

une laparotomie exploratrice, dont les malades ne peuvent que bénéficier.

Ainsi donc, la seule constatation de la présence d'un abcès dans le foie est une indication positive d'intervention, s'il n'y a pas de contre-indications absolues. Il faut vaincre toutes les résistances du malade et de son entourage « Si le malade est très faible, dit le Dr Fontan, si les douleurs sont intolérables, si la fièvre est intense, le chirurgien doit se presser d'autant plus, et ne pas même s'arrêter devant un état extrême, voisin de la période préagonique. Plusieurs fois on a vu des malheureux arrivés à la dernière limite du marasme et de l'hecticité, prêts à mourir enfin, qu'une décision héroïque a pu sauver à la dernière heure. On peut souvent regretter de ne pas avoir assez agi; on n'a jamais à se reprocher d'avoir osé lutter encore, quand tout paraissait perdu. »

OBSERVATION I

(CADE, THÉVENOT et ROUBIER. In *Lyon Médical*, 1912.)

Pierre B. . . , 53 ans, colporteur. Entré salle Saint-Augustin, le 16 août 1911.

Dans ses antécédents on relève des suppurations ganglionnaires dont il existe des cicatrices cervicales et axillaires. Gros alcoolisme mixte.

Pas de syphilis.

Le malade n'a jamais été aux colonies.

L'affection actuelle a débuté, il y a deux mois et demi, par des douleurs du côté droit et de la fièvre; ces douleurs se sont accentuées peu à peu et sont très vives depuis quinze jours.

A l'entrée, malade anémié; il accuse des digestions difficiles, sans troubles gastro-intestinaux marqués, sans diarrhée. Léger ballonnement, un peu d'ascite.

Le foie est gros (la matité verticale mesure 20 centim.), le bord en est régulier, l'hypertrophie porte surtout sur le lobe gauche.

La rate est grosse à la percussion. Point douloureux à la pression sur la ligne axillaire droite.

A l'auscultation, on note : au sommet droit, de la submatité avec exagération des vibrations et respiration saccadée; à la base droite, submatité et obscurité nette; à la base gauche, obscurité et frottements pleuraux; en somme symphyse pleurale bilatérale.

Rien à noter dans les urines.

La glycosurie alimentaire est négative.

Le 26 septembre. Depuis l'entrée la température a oscillé entre 37°5 et 38°5. Le malade se cachectise progressivement; le ventre est gros avec circulation complémentaire très développée et ascite très nette.

Foie toujours très gros : le lobe droit déborde les fausses côtes de trois travers de doigt; le lobe gauche, plus volumineux, atteint l'ombilic; sa surface est lisse, son bord inférieur dur et

régulier; la palpation est peu douloureuse. L'œdème, d'abord localisé aux membres inférieurs, est remonté progressivement; délire, agitation nocturne; pas d'ictère, ni d'hémorragie; toujours pas de diarrhée.

Le malade meurt le 27 septembre.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée le 29 septembre.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule environ trois litres de liquide fortement coloré par de la bile.

Foie. Symphyse sus-hépatique très marquée, avec décollement difficile du diaphragme; la vésicule, grosse comme un œuf, est remplie d'une bile épaisse, noirâtre.

Foie énorme (4 kil. 150), très déformé; le lobe droit très volumineux, remonte jusqu'au milieu du thorax; le lobe de Spiegel et la partie postérieure du lobe droit sont très distendus, bombent derrière le petit épiploon et font une saillie énorme dans la partie supérieure de la région rénale; le foie a basculé autour d'un axe antéro-postérieur, d'où la saillie du lobe gauche.

Extrait de l'abdomen, il présente un lobe droit fluctuant, contenant un volumineux abcès, rempli d'un pus blanc grisâtre, semé de grumeaux fibrineux et strié de sang; on retire 2,100 grammes de liquide. La paroi de la poche est tapissée d'une épaisse couche fibrineuse; en haut et en arrière elle est constituée surtout par un tissu scléreux de 3 millimètres d'épaisseur environ. Le reste du parenchyme hépatique présente l'aspect d'un foie cardiaque.

Rate. — Non hypertrophiée; coque de péricapsule épaisse, qui la fait adhérer au pôle supérieur du rein gauche.

Estomac. — Légère compression.

Intestin grêle normal.

Cæcum. — Hypertrophié, à parois épaisses; nombreuses ulcérations dans la partie inférieure; certaines atteignent la dimension d'une pièce de 1 franc; elles sont ovalaires, à grand axe transversal, et par places se fusionnent, d'où un contour serpiginieux; les bords en sont surélevés, le fond blanc grisâtre; elles sont peu profondes. L'appendice, non adhérent, présente à son origine quelques petites ulcérations. On en trouve encore une

large sur le côlon ascendant; congestion et taches rouges sur le reste du côlon.

Reins; pancréas, normaux.

Aux poumons, symphyse pleurale droite presque complète, légères adhérences à gauche; congestion et œdème des deux poumons; cicatrices aux sommets.

Cœur. — Symphyse péricardique presque totale, pas très serrée. Pas de lésions orificielles, sauf un peu d'athérome.

Examen du pus de l'abcès. — Macroscopiquement : pigments biliaires et cholestérine.

Histologiquement : débris de cellules hépatiques et de globules blancs, cristaux d'hématoïdines. Pas d'amibes.

Bactériologiquement : Diplocoques ressemblant à l'entérocoque. Pas de bacilles de Koch. L'inoculation au cobaye a été positive, mais avec des lésions uniquement ganglionnaires, contenant des bacilles de Koch.

Examen histologique. — a) *Intestin* : L'ulcération examinée n'est pas très profonde, elle n'atteint pas la musculuse; son fond est occupé par un détritus granuleux. Au-dessous d'elle la sous-muqueuse présente des lésions de sclérose et contient des vaisseaux dilatés à parois un peu scléreuses; la couche musculaire circulaire sous-jacente est très altérée et montre une atrophie très accusée des fibres lisses. Peu d'éléments inflammatoires autour de l'ulcère.

En somme, ulcération ancienne avec prédominance du processus destructif, sans réaction inflammatoire nette; congestion des capillaires et des veinules avec légères altérations vasculaires. Nombreuses amibes au niveau de l'ulcération et dans la sous-muqueuse, aucune dans la tunique musculuse.

b) *Examen du foie loin de l'abcès* : Ce qui frappe, à un faible grossissement, c'est l'existence de bandes et d'îlots beaucoup moins colorés que le reste du tissu, arrivant à constituer des cercles irréguliers, englobant un ou plusieurs lobules; il ne s'agit pas là de cirrhose, mais d'une désintégration granulograsseuse des cellules hépatiques occupant de préférence la marge des lobules.

Paroi de l'abcès. — On voit en s'éloignant de la cavité une première zone granuleuse, puis une couche fibroïde, et enfin une couche fibreuse, dense, contenant des cellules hépatiques et des travées désorientées. Puis apparaît le parenchyme hépatique profondément altéré. On ne trouve dans ces tissus, ni amibes, ni lésions tuberculeuses.

OBSERVATION II

(MM. CADE, THÉVENOT, ROUBIER.)

Diagnostic clinique. — Hypertrophie du foie chez un éthylique, sans cachexie, avec fièvre légère et continue. Gros abcès. Intervention.

Autopsie. — Foie volumineux avec abcès contenant 4 litres de pus.

Petit abcès en arrière du premier. Aucune lésion intestinale.

Recherches histologiques et bactériologiques. — Amibes dans la paroi de l'abcès. Tuberculisation légère du cobaye par le pus provenant de l'intervention.

Claude P. . . , 39 ans. Entré salle Saint-Augustin, le 11 novembre 1911.

Antécédents. — Ethylique et absinthique. Pituites et cauchemars.

Il nie toute maladie antérieure, sauf la scarlatine. Pas de syphilis.

Il n'aurait jamais séjourné aux colonies.

Rhumes fréquents tous les hivers.

L'affection actuelle date de deux mois; elle s'est manifestée par des douleurs sourdes, mais persistantes dans la région du foie, sans vomissements, ni diarrhée.

On se trouve en présence d'un malade un peu pâle, non cachectique. Le palper démontre l'existence d'un gros foie, descendant jusqu'à l'ombilic, non douloureux, lisse, pas de périhépatite, pas d'ascite. Rate volumineuse.

Signes de pleurésie droite. Urines pas d'albumine.

28 novembre. Signes de pleurésie persistant à la base droite, mais à la radioscopie les sinus sont clairs. Pas de bacilles de

Koch dans les crachats. Séro-diagnostic tuberculeux positif à 1 p. 15.

L'examen du sang donne 3.114.000 globules rouges, 8.550 globules blancs et 77 p. 100 de polynucléaires.

L'examen des urines révèle des traces d'albumine et un peu d'urobiline. La glycosurie alimentaire est faible, la glycosurie phloridzique très nette; les fèces donnent une réaction de Weber négative. Ultérieurement, l'état du malade reste stationnaire. Le foie grossit, surtout au niveau du lobe gauche. Cette hypertrophie s'accompagne de périhépatite. La température oscille entre 37°5 et 38°5, sans paroxysmes. Le poids du malade s'est élevé de 3 kilos 500 depuis l'entrée.

1^{er} février. — L'examen du sang donne 12.000 globules blancs, dont 88 p. 100 de polynucléaires, pas d'éosinophiles. Le lobe droit devient très saillant, plus sensible et donne la sensation d'une masse molle.

24 février. M. Bérard pratique la laparotomie.

Le foie est très gros, rouge foncé; on évacue quatre litres de pus chocolat (anesthésie au chloroforme).

Le malade succombe le lendemain avec des phénomènes d'encombrement bronchique.

Examen du pus. — Examen direct négatif. Culture stérile. L'inoculation donne chez le cobaye des ganglions inguinaux et lombaires contenant de très nombreux bacilles de Koch.

Autopsie (25 février). — La plèvre droite contient environ 500 grammes de liquide séro-fibrineux.

Poumons : Œdème carminé; rien aux sommets.

Cœur : 400 grammes, sans lésion apparente.

Foie : Enorme, pèse encore 4 kil. 400; bien que vidé de tout son pus; aspect bigarré; symphyse sus-hépatique. Lobe gauche très volumineux, mou et blanchâtre. Le lobe droit est occupé par une cavité contenant encore un peu de liquide sanieux, limitée par une coque fibreuse. En arrière, un autre petit abcès contenant environ un verre à bordeaux de pus.

Voies biliaires normales.

Intestins : aucune ulcération, ni cicatrice, mais simplement un peu de congestion du côlon ascendant et de l'anse sigmoïde.

Examen histologique.

a) Paroi de l'abcès : on constate en parlant de la cavité de l'abcès une première couche amorphe, granuleuse, contenant des corps ovoïdes, de coloration pâle, vacuolaires avec un noyau très visible (amibes) ; puis une zone vaguement fibrillaire, enfin une couche fibreuse, dense, épaisse, contenant quelques vaisseaux, de rares îlots de cellules hépatiques et des canalicules biliaires très nets.

b) Coupe du foie loin de l'abcès : lésions de sclérose discrète formant des îlots et surtout des bandes assez minces périlobulaires, infiltration lymphocytaire manifeste, aucune trace d'édification folliculaire ; entre les travées, énormes capillaires, riches par place en leucocytes et gorgés de sang. En somme lésions discrètes, un peu de cirrhose jeune, grosse congestion, légère infiltration inflammatoire.

OBSERVATION III (inédite, résumée).

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major de 1^{re} classe Job.)

Dysenterie amibienne non diagnostiquée. — Abscès du foie. — Vomique dont le pus renferme des amibes. — Guérison sans intervention.

S..., 20 ans, en 1911 paludisme à Blidah, est hospitalisé pour cette affection ; au cours de son séjour à l'hôpital, légère atteinte de diarrhée, mais, fait important, les selles ne présentèrent à aucun moment le caractère dysentérique.

Dès son arrivée, douleur violente [dans l'hypocondre droit. Température 39°6. La douleur devient dyspnéisante, mais en dehors d'un peu de sub-matité à la base droite, on ne constate aucun signe de localisation organique. La fièvre persistant et évoluant comme une fièvre continue, il est fait trois hémocultures, elles restent négatives, le sérodiagnostic est négatif pour l'Eberth et les deux paratyphus A et B. Le sang ne contient pas

d'hématozoaires; mais son examen révèle une polynucléose neutrophilée de 82 %.

Le fait rapproché de l'immobilité du diaphragme à droite, d'une hypertrophie légère du foie constatée à la palpation, fait penser à une suppuration hépatique, et le malade est présenté à un chirurgien qui ne juge pas encore le moment opportun pour intervenir.

Le 15 novembre, il existe des signes non douteux d'épanchement à la base droite. Le liquide relevé par ponction ne contient presque que des lymphocytes, il est immédiatement et en totalité inoculé dans le péritoine d'un cobaye, aucune réaction musculuse ni lésion. On avait en effet, pensé devant les résultats de la ponction et son examen cytologique, à une septicémie bacillaire avec localisation secondaire sur la plèvre diaphragmatique du côté droit. Mais le 23 novembre vomique, dans le pus présente de l'amœba *Gistolytica*.

Le point intéressant de l'observation, c'est l'absence de tout antécédent dysentérique, il faut admettre que l'atteinte de diarrhée était une dysenterie amibienne fruste.

Les selles ne contenaient pas l'amibe.

Guérison sans intervention.

OBSERVATION IV

(Absès du foie chez l'enfant, in thèse de Corvington, 1904.)

MILLER (*Trans. Med. and Physical Soc. Bombay*, 1849.)

G..., 10 ans, né aux Indes, s'est plaint d'une douleur au côté droit, avec fièvre continue, constipation. Foie augmenté de volume. Fluctuation distincte à la surface antérieure du lobe droit.

Absès incisé le 25 juin, écoulement de pus pendant un mois. Guérison après deux mois de maladie.

OBSERVATION V

MENGER (*Schmidt's Jahrb.*, 1880.)

Enfant de 9 ans, ayant de la fièvre depuis six mois, présente des douleurs sourdes à l'hypocostre, amaigrissement, dysenterie

ancienne. Météorisme, ictère. Pas de voussure du foie. Ponction .
pus. Incision, évacuation de six onces de liquide purulent.
Guérison.

OBSERVATION VI

EASMON (*Lancet*, 1887, t. II).

Fille 3 ans, ayant vécu en Afrique, eut la dysenterie. Vomissements fréquents. Voussure et tumeur tendue de l'hypocondre droit. Guérison après plusieurs aspirations.

OBSERVATION VII (inédite). Résumée.

(Due à l'obligeance de M. le médecin principal TOUBERT.)

*Abcès du foie d'origine dysentérique pris au début pour une
fièvre typhoïde.*

T. . . , 2^e génie, 22 ans, hospitalisé à l'infirmerie de Bengliman (Chaouia), le 27 août 1908, pour embarras gastrique fébrile. Evacué le 12 septembre sur Casablanca pour fièvre typhoïde ; à la séro réaction, résultat faiblement positif. Le 15 le foie est gros et douloureux, ictère, courbe sans plateau. M. le médecin principal Toubert partage l'avis du médecin major Grall qui propose une ponction exploratrice. Celle-ci est faite le 16, puis l'ouverture transpleuropéritonéale.

Le 18 à l'examen des selles M. Hornus trouve des amibes. Amélioration jusqu'au 20, puis affaiblissement progressif et mort par cachexie le 22.

Autopsie : Foie accolé à la peau. Tout le lobe droit est disséqué par l'abcès (on y trouve des amibes vivantes). Lésions énormes de dysenterie au cæcum, jusqu'à l'S iliaque (dys. ancienne avec quelques plaques récentes).

OBSERVATION VIII (inédite). Résumée.

(Due à l'obligeance de M. le médecin principal TOUBERT.)

*Abcès du foie pris au début pour une tuberculose pleuro-
pulmonaire.*

L. . . , 20^e section C. O. A., entre le 16 octobre 1908 à l'infirmerie de Casablanca, avec frisson, point de côté et dyspnée.

Poumon droit suspect au sommet, avec matité à la base. Ponction pleurale négative. Entrée à l'hôpital de campagne le 23.

Le 28 M. Toubert constate une douleur en avant au point cystique, de l'hépatomégalie, de l'ampliation de l'hémithorax droit, de la circulation veineuse collatérale. Il opère par la voie antérieure, le long du bord externe du muscle droit, et il trouve 450 grammes de liquide café au lait entre la paroi et le foie ; et 500 grammes de pus jaune cailleboté sont retirés du lobe droit du foie. Amélioration immédiate. La cavité opératoire se comble. Le 17 novembre, sphacèle de la plaie qui devient phagédénique. Décès le 18.

Autopsie : Foie avec cavité du volume du poing dans le lobe droit. Reliquat de pleurésie droite, avec adhérences du sommet et de la base du poumon. Sur le gros intestin pas de traces de dysenterie à l'examen microscopique du foie. M. Hornus trouve des amides dans l'épaisseur des parois de l'abcès.

OBSERVATION IX (inédite). Résumée.

(Due à l'obligeance de M. le médecin principal TOUBERT.)

Observation d'abcès fantôme.

M^r J..., employé de la Compagnie marocaine à Casablanca est hospitalisé d'urgence le 3 décembre 1909 avec le diagnostic d'abcès dysentérique du foie. Il a une dysenterie amibienne dûment diagnostiquée, de la polynucléose, de l'hépatomégalie, de la douleur, de la fièvre à oscillations. Anesthésie à l'éther, 6 ponctions sont faites au trocart, dans tous les sens, il ne sort que du sang. Le malade est soulagé, les symptômes s'amendent. La dysenterie guérit, et le malade part en convalescence en janvier 1910. Revu à son retour de France, il était resté guéri.

OBSERVATION X (Résumée.)

(D^r M. ROCH, *Revue de la Suisse romande*, 20 avril 1912.)

Dysenterie amibienne. Abcès du foie perforé dans les bronches.

Transposition de l'abcès dans le poumon.

Homme de 28 ans. Malaria au Sénégal. Dysenterie au Dahomey. Dysenterie très rebelle en avril 1907 ; il en guérit 10 mois

plus tard. Retour en France en 1908. En novembre il commence à tousser. Fièvre. Douleurs dans la région hépatique. Crachats couleurs chocolat sans odeur fétide. Pas de bacille de Koch.

Au milieu du mois, vomique. Crachats purulents et brunâtres. Depuis ce moment l'expectoration devient très abondante (4 crachats de 500 grammes par jour). Quelques rechutes.

Depuis septembre 1909 la toux et l'expectoration n'ont pas cessé. En juillet 1910 il est de retour en Suisse et entre dans un service de chirurgie avec le diagnostic de gangrène pulmonaire, changé vite en celui d'abcès du foie dysentérique perforé dans les bronches.

A ce moment expectoration abondante, fétide, sanguinolente. Foie gros dépassant notablement le rebord costal. A la base du poumon, en arrière, matité, obscurité respiratoire, abolition des vibrations.

A la radioscopie, immobilité du diaphragme du côté droit et une ombre étendue de toute la base du thorax se confondant avec celle du foie. Amibes dans les selles.

Etat général assez précaire. Insuccès des ponctions exploratrices. Départ du service le 14 janvier 1911; admission dans un service de médecine le 22 mai dans le même état.

Examen du sang	{	3.534.000 globules rouges.
		9.766 — blancs.
		60 % d'hémoglobine.

Expectoration muco-purulente et fétide. Fibres élastiques. Pas de bacille de Koch. Foie gros non douloureux. Poumon droit mat en arrière. Obscurité. Pas de souffles ni de râles. Le foie augmente de volume. L'anémie s'aggrave. Diarrhée incoercible. Pneumonie du sommet le 6 novembre 1911.

Donc abcès du foie ouvert dans les bronches. Mais cependant l'absence de douleurs hépatiques, le résultat négatif des ponctions et l'expectoration de fibres élastiques eussent dû nous étonner davantage.

Autopsie : Abcès du foie fermé, cicatrisé, crétacé depuis longtemps, probablement depuis mai 1909 où l'expectoration avait cessé. Celle-ci provenait de métastases pulmonaires. Toute la

base droite est occupée par des cavités anfractueuses à contenu purulent. Ce qui a permis l'erreur, c'est d'abord la connaissance des anamnestiques cadrant avec l'abcès hépatique, c'est le volume du foie qu'il faut attribuer à la dégénérescence amyloïde, enfin l'absence presque complète de signes de ramollissement à la base du poumon.

Cette dernière circonstance est très surprenante et s'explique par l'induration du tissu pulmonaire autour des poches purulentes, par les adhérences de la plèvre avec le diaphragme et surtout, en dernier lieu, par l'immobilité presque absolue de cette région du thorax, immobilité peu favorable à la production de râles.

OBSERVATION XI (résumée)

Par MM. MÉNÉTRIER et P. BODIN (*Société Méd. des Hôpitaux*, juillet 1912).

Dysenterie amibienne. Début un mois après le retour en France. Six rechutes successives. Abscès du foie multiples et dégénérescence amyloïde. Examen histologique du foie et de l'intestin.

M. P..., 27 ans. Entré à l'hôpital Tenon pour une poussée aiguë de dysenterie, avec tuméfaction douloureuse du foie. Rien dans ses antécédents. Pas de dysenterie pendant son séjour aux colonies. Première crise de dysenterie un mois après son retour en France, bientôt suivie d'autres rechutes, qui nécessitent des hospitalisations successives. Opéré pour un abcès du foie.

Foie énorme. Matité de 16 cm. A la radioscopie l'ombre supérieure atteint la 3^e côte. Douleur à la pression. Voussure et résistance à la pression au niveau des 8^e, 9^e, 10^e espaces intercostaux. Albumine. 5,000,000 de G. R.; 17,600 G. B. Température de 38° Ponction exploratrice donne du pus épais et sanguinolent contenant des amibes. Opération. Pneumonie de la base droite.

Décès le 20 novembre.

Autopsie: Hépatisation du poumon droit. Foie volumineux. 3 kilos. Dur. Consistance lardacée. Contient trois collections purulentes renfermant un pus épais, crémeux. En dehors des abcès

le tissu hépatique présente des apparences de dégénérescence lardacée et cireuse, qui donnent par la teinture d'iode la réaction de l'amyloïde.

Le gros intestin a des parois épaissies, sans altérations de la tunique péritonéale. Muqueuse ulcérée. Cavité remplie de matières grisâtres, puriformes, fétides. Ulcérations moins développées dans le côlon transverse, mais confluentes dans les autres parties ou gros intestin.

OBSERVATION XII

(*Cumbay*, in traité de KELSCH et KIENER.)

Abcès du foie avec gangrène des parois.

Dysenterie grave, au bout de six semaines, douleurs hépatiques, avec fièvre, agitation, somnolence. Mort huit jours après.

Autopsie : Le foie, de volume normal, est d'un brun violacé. Au milieu de la partie supérieure du lobe droit, on voit une surface fluctuante, transparente, arrondie et presque plane, à travers laquelle on reconnaît un liquide roussâtre, une ponction donne issue à un liquide exhalant l'odeur de la gangrène, puis à quelques points gris de volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. En incisant en croix la membrane qui recouvre la phlyctène on trouve une cavité dont les parois sont formées par un tissu mou, d'un brun noir, semblable aux membranes sphacélées de l'intestin exhalant l'odeur de gangrène, et ayant perdu toute apparence d'organisation. Ce tissu noir, sphacélé est circonscrit par un tissu jaune, mêlé de stries rouges, qui le sépare du parenchyme hépatique sain.

Ulcerations profondes et cicatrices dans l'intestin.

OBSERVATION XIII

Hépatite chronique suivie de la formation d'un abcès ; celui-ci s'est ouvert dans le péricarde.

Rouis, sur les suppurations endémiques du foie (obs. XL).

X..., Européen, 32 ans, a eu la dysenterie en Afrique. Au moment de son arrivée, alternatives de frissons et de chaleurs,

pouls fréquent dépressible. Langue saburrale, selles rares, inappétence.

A l'épigastre douleur pongitive, accrue par la pression, à l'hypocondre droit, sentiment de pesanteur. La matité du foie remonte en haut jusqu'au cinquième espace intercostal, en bas elle s'arrête le long d'une ligne saillante, étendue de la douzième côte droite au cartilage de la septième gauche. Dans les premiers jours d'octobre une tumeur rénitente envahit peu à peu la moitié gauche de l'épigastre. X., néanmoins, se dispose à quitter l'hôpital, quand le 18 octobre, à dix heures du matin, il est brusquement saisi d'une douleur très vive à la région précordiale, et se met à pousser des cris déchirants. Immédiatement, altération profonde du visage, angoisse inexprimable, palpitations, syncopes, pouls petit, irrégulier, puis nul aux radiales, refroidissement de toute la superficie cutanée : mort au bout de 20 minutes.

Autopsie : la moitié interne du lobe gauche du foie est creusée par un abcès assez considérable ; en outre, au-dessous de la cavité du péricarde, elle est réunie à l'aponévrose phrénique par des pseudomembranes au milieu desquelles l'abcès vient déboucher largement contre cette portion du diaphragme. Le segment d'aponévrose ainsi atteint par le pus s'est fondu avec l'enveloppe fibreuse du cœur en un feuillet qui, sensiblement aminci de la circonférence au centre, présente dans ce dernier point une perforation susceptible de laisser passer une plume d'oie.

Le péricarde renferme une grande quantité de pus.

OBSERVATION XIV

Par le Dr L. COLIN, professeur au Val-de-Grâce.

(*Bulletins et mémoires de la Société Méd. des Hôp. de Paris*, 1875.)

Abcès du foie. Ouverture dans la veine cave ascendante. Collections purulentes consécutives dans les poumons.

Le malade entre en décembre 1872, anémié, fébricitant, et se plaignant d'une douleur sourde dans le flanc droit. Quinze mois

auparavant il était rentré du Sénégal, où il avait séjourné pendant trois ans. Le malade dit ne jamais avoir eu la dysenterie, à deux ou trois reprises seulement, pendant son séjour au Sénégal, il avait eu des dérangements intestinaux ; jamais de selles sanglantes.

Le diagnostic d'abcès du foie est porté. La coloration ictérique faisait supposer le voisinage de l'abcès des principaux canaux biliaires. Nous pensions donc à un abcès de la face concave du foie.

Après trois mois de séjour au Val-de-Grâce, le type de fièvre devint rémittent, à paroxysmes vespéraux. Les douleurs devinrent superficielles, avec irradiations vers l'épaule droite.

A cette période, nous modifiâmes notre première opinion sur le siège de l'abcès, et sur les tendances du pus vers une voie d'élimination que nous croyons d'abord devoir être l'intestin.

Les douleurs au niveau du bord supérieur du foie, et la douleur de l'épaule droite, nous firent admettre que le pus tendait à pénétrer dans le thorax, et que la collection venait effleurer la face convexe de la glande, pour se frayer une voie vers les bronches.

L'autopsie ne devait pas confirmer cette nouvelle manière de voir sur le siège de l'abcès ; les symptômes de dyspnée se transformèrent bientôt en symptômes asphyxiques et le malade succomba au commencement du mois de mai 1873.

Autopsie : La surface du foie est libre d'adhérences anormales. Au moment où, pour enlever la glande, on en contourne le bord postérieur, la veine cave ayant été entamée dans cette manœuvre, on voit s'écouler du pus épais, cailleboté, à travers une ouverture large comme une pièce de un franc, qui fait communiquer cette veine avec une vaste poche située dans le lobe droit du foie.

Nous constatons alors que nous avons affaire à un vaste abcès, effleurant tellement la face concave, que sur une surface assez large les membranes d'enveloppe, sont presque contiguës à la capsule de Glisson. Cet abcès est le seul au moment de l'autopsie, mais nous constatons à la face convexe du foie, à peu près au

point le plus culminant du lobe droit, une plaque de tissu blanc fibreux, constituant le centre d'une dépression, autour de laquelle les rides de la surface de la glande indiquent, d'une manière évidente, un processus de rétraction cicatricielle.

Intégrité presque absolue du gros intestin.

Les poumons sont le siège de lésions considérables qui nous paraissent avoir été la cause immédiate de la mort. Chacun d'eux présente à sa surface cinq ou six éminences blanchâtres, plus large que des pièces de cinq francs. Ce sont autant de foyers superficiels remplis de pus blanc, homogène. Ces foyers sont remarquables par leur dimension, chacun d'eux renfermant au moins 10 à 100 gr. de liquide.

OBSERVATION XV

Observation de A. CARINI. Phagédénisme cutané amibien.

(*Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 10 avril 1912.)

M. M. B. ingénieur, 37 ans, tombé malade vers la fin octobre de l'an passé, présente une fièvre rémittente avec exacerbations vespérales, état général grave, douleur dans la région hépatique, trois mois sans diagnostic. Le 24 janvier le Dr Buscaglia fait une ponction exploratrice positive. Costotomie (9^e) suivie d'évacuation d'un litre de pus contenant des amibes. La fièvre persistant, ouverture d'un deuxième abcès après résection de la huitième côte.

L'état grave persiste. La fièvre réapparaît.

Aspect peu satisfaisant de la plaie, d'où a pris naissance un processus de phagédénisme cutané. La peau du bord inférieur de la plaie est en nécrose, elle présente une couleur gris noirâtre, est entourée d'un halo enflammé rougeâtre qui passe insensiblement dans la peau normale.

Des canalicules s'ouvrent dans le tissu sous-cutané et par compression on fait sortir un pus visqueux, chocolat.

La nécrose de la peau, qui avait commencé sur le bord inférieur de la plaie, apparaît ensuite au bord supérieur, et fait des progrès très rapides. Si bien que quinze jours

après la deuxième opération, la gangrène s'étendait sur un rayon de dix centimètres en bas, et de cinq en haut.

On trouve des amibes dans le pus sous-cutané.

Le 19 février le D^r Buscaglia coupe en rond la peau au delà de la zone rougeâtre et enlève toute la peau et le tissu cellulaire sous-cutané malade, jusqu'aux muscles; il en résulte une plaie ovale de 16×15 cent., ayant au centre l'ouverture de l'abcès.

Lavages avec des solutions de sulfate de quinine. Le processus phagadénique s'est arrêté.

La cicatrisation est en train de se faire normalement.

OBSERVATION XVI

J. DRESCHFELD. (*Médical Chronicle*, juin 1897, p. 480.)

Abcès tropical du lobe gauche du foie avec symptômes anormaux.

Un homme de 32 ans est admis à l'hôpital de Manchester, le 24 novembre 1896. Il ne présente comme antécédents qu'une légère dysenterie, six mois avant. Il y a huit semaines, une douleur, légère d'ailleurs, apparaît soudainement dans le côté droit et dans la région du foie.

Au bout de quelques jours elle disparaît pour reparaitre un peu plus tard dans le côté gauche de la poitrine et dans l'épaule gauche. On note à ce moment un peu de pleurésie sèche. Les signes de dyspnée, de douleur thoracique augmentent, la fièvre élevée, font penser à une pleurésie purulente, ou à un abcès du poumon : plusieurs ponctions sont pratiquées sans résultat.

Le malade commence alors à cracher du pus mêlé de sang (dans lequel il n'y a pas de bacilles de Koch). A son entrée, le 24 novembre, il présente les signes d'un épanchement thoracique à gauche. Rien d'anormal dans la position du cœur. Les matités hépatique et splénique sont normales. A plusieurs reprises, selles liquides contenant un peu de sang et de mucus.

Le diagnostic porté est celui de dysenterie avec abcès tropical

de la face convexe du lobe gauche du foie. Abscès communiquant avec le poumon gauche.

Quelques jours après, le 3 décembre, aucune opération n'ayant été faite, à cause de la faiblesse extrême du malade, celui-ci succombait, et l'autopsie vérifiait le diagnostic : abcès du lobe gauche du foie, ayant peu déformé cet organe communiquant à travers le diaphragme avec un abcès considérable du poumon gauche. Broncho-pneumonie autour de l'abcès. Pas d'épanchement pleural. Lésions de dysenterie récente dans le côlon.

OBSERVATION XVII

(MM. MOUISSET et PETITJEAN. *Lyon Médical*, février 1908.)

Abscès tuberculeux chez un ancien dysentérique.

D... , 33 ans. Entré le 17 mai 1907 pour de la fièvre, des troubles intestinaux et de la faiblesse générale. Service militaire en 1900 dans le sud algérien où il contracte le paludisme et la dysenterie. Fixé à Lyon depuis cinq ans, il ne ressentit aucun malaise. Ethylisme léger. Il y a six mois, il présente brusquement des troubles intestinaux, de la fièvre, qui survient deux ou trois fois par semaine, sans grande régularité. Coliques et diarrhée, sans syndrome rectal. Le malade a remarqué dans ses selles la présence de sang.

Maigreux extrême. Il y a deux mois il s'est mis à tousser.

Expectoration muco-purulente, crachats nummulaires.

Aux poumons, ramollissement des deux sommets, et même excavation du sommet droit. Pas d'ascite, ni de gâteaux péritonéaux.

Le foie est normal.

Après son entrée à l'hôpital, le malade se cachectise de plus en plus.

Les phénomènes pulmonaires s'accroissent. La température décrit de grandes oscillations, le malade meurt avec l'aspect d'un tuberculeux banal, avec cette particularité que les symptômes qui faisaient penser à des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, étaient très accentués.

Autopsie : Cavernes volumineuses aux deux sommets, tubercules ramollis dans le reste du parenchyme.

Ulcérations tuberculeuses du jéjuno-iléon.

Le foie adhère au diaphragme. Au niveau de sa face supérieure, cavité purulente du volume d'une orange. Les parois de l'abcès sont lisses.

Dans le voisinage, quelques points jaunâtres de la grosseur d'une tête d'épingle, qui paraissent être des abcès miliaires en voie de formation ou des tubercules non encore ramollis.

L'examen histologique pratiqué par M. Paviot montre : sur un des fragments un gros tubercule en grande partie caséeux ; à sa périphérie, on trouve des cellules géantes. Au loin, forte infiltration embryonnaire des espaces portes, et quelques tubercules miliaires.

Le second fragment offre la paroi fibreuse d'un tubercule évacué.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(Par MM. CADE et ROUBIER, *Progrès Médical*, novembre 1912.)

Dysenterie ancienne, tuberculose intestinale récente, deux abcès du foie

M. Eugène, 34 ans. — Entré le 5 sept. 1911, mort le 22 mars 1912.

Antécédents : dysenterie au Tonkin, pas de syphilis, ni d'ethy-lisme.

L'affection débuta il y a trois mois par des douleurs abdominales, avec diarrhée abondante qui a continué depuis.

Aux poumons, S. gauche en arrière, obscurité avec râles humides. S. droit en avant et en arrière, matité, vibrations exagérées, expiration prolongée et soufflante, râles fins après la toux.

Nombreux bacilles de Koch dans les crachats, mais pas dans les selles.

Autopsie : tuberculose bilatérale des deux poumons (cavernes)

Le foie est gros, un peu mou et contient deux abcès gros

chacun comme une noix. Ces abcès contiennent un pus épais, blanc jaunâtre ; ils n'ont pas de paroi propre, pas de membrane hyogène.

L'examen du pus qu'ils contenaient ne montre pas de bacilles de Koch, mais beaucoup de diplocoques prenant le grain.

Le gros intestin présente des lésions ulcéreuses très accusées.

Les ulcérations sont volumineuses, à bords nets, irréguliers, on en trouve depuis le cœcum jusqu'au voisinage du rectum.

Examen histologique : ulcérations de l'intestin, les bords sont très décollés, le fond de l'ulcération n'est plus représenté que par du tissu conjonctif sous muqueux infiltré de cellules inflammatoires, cellules géantes exceptionnelles.

Paroi de l'un des abcès du foie : d'abord une première couche de détritux granuleux avec lymphocytes et polynucléaires en voie de désintégration. Plus loin le parenchyme hépatique est très altéré.

On n'a pu colorer de B. de Koch sur les coupes, soit de l'abcès du foie soit des ulcérations intestinales.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(M. BÉRARD. *Société nationale de Méd. de Lyon*, 28 avril 1912.)

Foie infectieux simulant l'abcès hépatique

Homme, 31 ans, dysenterie un an avant son entrée, il n'en était guéri que depuis deux mois. Trois mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu il avait présenté des douleurs dans l'hypocondre droit. La région était le siège d'une voussure considérable. Foie douloureux hypertrophié. A l'auscultation signes nets de pleurite à la base droite. Pas de grands frissons, mais des oscillations thermiques quotidiennes de 38 à 38°8 et 39°.

Le 14 janvier M. Bérard pratiqua la laparotomie sus-ombilicale médiane, il arriva ainsi sur la face convexe d'un foie congestionné, presque fluctuant. Au point le plus saillant, qui paraissait aussi le plus obscur à la radioscopie, deux ponctions furent tentées sans succès.

Néanmoins, comme le diagnostic d'abcès paraissait certain, M. Bérard pratiqua une incision prudente du foie sur une profondeur de cinq centimètres environ. Il ne s'écoula que du sang noir. Craignant d'être passé à côté de la collection sans l'ouvrir, M. Bérard brancha sur sa première incision verticale de la paroi une deuxième horizontale. Ainsi fut obtenu un lambeau pariétal triangulaire qui découvrit largement l'organe. Deux nouvelles ponctions furent encore faites, elles ne ramenèrent que du sang dans le trocart. Pendant les jours qui suivirent, les mèches laissèrent écouler une quantité considérable de sérosité brunâtre, sans pus.

Dès le lendemain la température commençait à baisser régulièrement.

CONCLUSIONS

I. — La dysenterie amibienne est une affection des pays chauds, mais il existe aussi une dysenterie amibienne autochtone, qui peut s'accompagner d'abcès du foie dans les mêmes conditions que la première.

II. — Cet abcès secondaire est presque toujours observé chez l'adulte, mais il peut aussi exister chez l'enfant.

III. — Les abcès dysentériques du foie peuvent évoluer jusqu'à dix ou quinze ans après la guérison réelle ou apparente de l'entérite.

IV. — Les manifestations intestinales peuvent être latentes et entraîner pourtant la complication hépatique.

V. — En pareil cas les abcès du foie contiennent le plus ordinairement, en dehors de l'amibe, d'autres agents pathogènes; on peut même y rencontrer le bacille de Koch à l'état saprophytique, sans aucune lésion tuberculeuse de l'organe.

VI. — Au point de vue évolutif, on peut distinguer, comme formes anormales, les abcès tardifs simulant souvent une tuberculose chronique et les abcès latents très difficiles à diagnostiquer.

VII. — L'hyperleucocytose est un symptôme inconstant, mais qui acquiert cependant une valeur diagnostique assez importante, lorsqu'elle atteint un certain degré.

VIII. — L'abcès dysentérique peut présenter des migrations et des complications anormales telles que l'ouverture dans le péricarde, dans la veine cave et des métastases telles que les abcès du poumon et du cerveau.

IX. — A cause de la multiplicité des formes anormales des abcès du foie et de la difficulté du diagnostic, les antécédents et les lésions dysentériques doivent toujours être recherchées avec le plus grand soin.

VU :

Le Président de la Thèse

J. TEISSIER.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 20 novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Abscès dysentériques du foie. Pus stérile. Société Méd. Hôpit., 1895.
- ARNAUD et d'ASTROS. — Recherche des microbes dans les abcès du foie. *Revue de Médecine*, 1892.
- AXISA. — *Centralblatt für innere. Medizin zur Diagnose des Leberabcesses*, mars, 1907.
- AUVRAY. — Abscès tuberculeux du foie. *Rev. de Chir.*, 1903.
- BEAUDIN. — Abscès de la face convexe du foie. *Journ. de Méd. de Paris*, 11 février 1911.
- BAUDIN. — La dysenterie amibienne autochtone. Thèse de Lyon, juillet 1912.
- BECLÈRE. — Radiologie des abcès dysent. du foie. Acad. de Méd., 28 janvier 1908.
- BERTRAND et FONTAN. — Traité médico-chirurgical de l'Hépatite suppurée des pays chauds, 1895.
- BÉRARD. — Foie infectieux simulant un abcès hépatique. Soc. nat. Méd. de Lyon, 28 avril 1902.
- BENÈS. — Abscès du foie à évolution lente. Thèse de Montpellier, 1901.
- BILLET (Marseille). — Eosinophilie dans la dysenterie amibienne. *Presse Médicale*, 31 mai 1905.
- Sur un cas de « Dysenterie nostras » à amibes, in *Comptes rendus de la Société de Biol. de Paris*, 6 juillet 1907.
- BILOT. — Sur un abcès du foie volumineux et unique survenu à la suite d'une grippe chez un ancien colonial ayant eu la dysenterie. *Journal de Méd. de Bordeaux*, 11 déc. 1910.
- BUCHANAN. — Abscès du cervelet secondaire à un abcès du foie. *Journ. of the royal Army and Med. Corps, Lond.*, IV, p. 206.
- BOAS. — Über Amöbenenteritis. *Deutsche medizin. Wochenschrift*, 1896, p. 214.
- BOINET. — Grands abcès du foie consécutifs à la dysenterie de nos pays. Congrès Français de Méd. int., Montpellier, 1898.
- BORCHARDT. — In Discussion sur la communication de Boas. Verein für innere medicin. in Berlin, 17 février 1896.
- H. DE BRUN. — Diagnostic des abcès du foie. *Sem. méd.*, 11 janv. 1903.
- CADE, THÉVENOT, ROUBIER. — Deux cas de dysenterie amib. autocht., *Lyon Méd.*, 1912, p. 115.

- CADE, THÉVENOT, ROUBIER. — Les abcès du foie dans la dysenterie amibienne. *Archives des maladies de la nutrition*, octobre 1912.
- A. CARINI. — Phagédénisme cutan. amibien. *Bull. Soc. Path. exot.*, 10 avril 1912.
- CADET DE GASSICOURT. — Abcès du foie chez un enfant de 2 ans. *Presse Méd.*, 20 septembre 1899.
- CAUSSADE et JOLTRAIN. — Dysent. amib. avec abcès du foie d'origine parasitaire. *Sem. Méd.*, février 1907.
- CHAUFFARD. — Un cas de gros abcès amibien du foie. *Journ. des Praticiens*, septembre 1912.
- W. CAULIC James. — Recovery from liver abc. followed by abcess of the upper lobe of the rightlung and empyeme. *Brit. Med. Journ.*, 17, IX, 1904.
- H. CLARI. — Deux cas d'abcès du foie à évolution lente. *Sem. méd.*, 30 juin 1909.
- CORVINGTON. — Contribution à l'étude des abcès du foie chez l'enfant, Paris, 1904, thèse.
- CRAIG. — The parasitic amœbæ of man, 1911. *Brit Med. Journ.*
- COUTEAUD. — *Bulletin de l'A. de Méd.*, 24 mars 1911.
- COMANOS FACHA. — Rôle du climat dans la product. des abcès du foie. *Sem. Méd.*, janvier 1903.
- CHANNAC. — Abcès tardifs du foie à évolution lente. Thèse de Montpellier, 1900.
- DOPTER. — Transmissibilité de la dysent. amib. en France. *Bull. et Mém. de la Société méd. des Hôpit. de Paris*, 1904.
- Les dysenteries. O. Doin, 1910.
- DOCH G. — *Medic. Record*, 4 juillet 1891.
- DINKINSON. — *Transact. of the Path. Society of London*, vol. XIII, p. 120.
- J. DRESCHFELD. — Abc. du lobe gauche avec sympt. généraux. *Med. Chronique*, 1897; *Presse Méd.*, 20 novembre 1907.
- DUTROULEAU. — Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, 1868.
- DUBAIN. — Essai sur l'hépatite suppurée de nos pays chauds. Thèse de Paris, 1876.
- FOUCAULT. — Sur les vomiques dans leurs relations avec les abcès dysentériques du poumon et du foie. *Arch. de Méd.*, nov. 1908.
- Ch. GARIN. — La dysenterie amibienne autochtone. *Rev. de Méd.*, 1911, p. 307.
- GIORDANO. — *Archives des maladies de l'appareil digestif*, sept. 1912.
- GUIART. — Traité de parasitologie. J.-B. Baillière, 1910.
- J. GUIART et L. GRIMBERT. — Diagnost. clinique microscopique et parasitologique, De Rudeval, 1908.
- GILBERT et LIPPMANN. — Note sur la bactériologie des abcès tropicaux du foie. *Presse Méd.*, 4 décembre 1907.
- GUILLON. — Manuel de thérapeutique clinique des maladies tropicales, 1909.

- GONNET. — Quelques réflexions sur l'hépatite aiguë. Thèse de Paris, 1827.
- HASPEL. — Sur les abcès du foie. *Rec. de Mém. de Méd. milit.*, 1843.
- HASSLER et BOISSON. — Etude sur les abcès dysent. du foie. *Rev. Méd.*, 1896.
- D. HARRISAND MAIREADY. — A case of abcess of the liver. *Bancet*, 1900, 15 décembre.
- HERHOLD. — Fortsch. a. d. Gib. d. Röntgenstrahlen, Bd XI, 1907.
- JANSELME et RIST. — Précis de pathologie exotique, 1909.
- JACOB-SIEUR. — Deux abcès du cerveau d'origine amibienne, consécutifs à des abcès du foie dysent. Société de Chirurgie, 25 janvier 1911.
- JÜRGENS. — Verhandlungen des 25 Kongresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 1890, p. 89.
- *Zeitsch. f. experim. Pathol. und Therapie*, 1907, IV, 3.
- JOSSERAND. — Les abcès dysentériques tardifs du foie. *Lyon Méd.*, 1897.
- KARTULIS. — Einiges über die Pathog. des Dysent. amöben. *Centralblatt für Bacteriol.*, 1891, Bd XI, p. 365.
- Zur Ätiologie des Dysenterie in Ägypten. *Wirchow's Archiv.*, 1886, Bd CV.
- KELSCH et NIMIER. — Quelques observations d'abcès du foie. *Revue de Chirurgie*, 1900.
- KELSCH et KIENER. — Traité des maladies des pays chauds, 1889.
- M. KHOURI (Alexandrie). — Prétendue hyperleucocytose polynucl. du sang dans les abcès hépatiques des pays chauds. *Sem. méd.*
- W. KRUSE et PASQUALE. — Eine Expedition nach Egypten und studium der Dysenterie und des Leberabcesses. *Deutsche med. Woch.*, 1893, p. 354 et 378.
- LAFOURCADE et BAYONNE. — Diagnost. des abcès du foie. *Rev. de Chir.*, 1898.
- LAFERRÈRE. — Abcès dysentériques tardifs du foie et du poulmon. Thèse de Lyon, 1900.
- LAVERAN. — Deux observations d'abcès du foie. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 25 juillet 1890.
- M. LÉGER. — Contribution à l'hématologie de l'abcès tropical du foie et de la congestion hépatique. *Sem. méd.*, 20 nov. 1907.
- H. LEGRAND. — Abcès dysentériques du cerveau. *Archives Provinciales de Chirurgie*, janvier, février, avril 1912.
- LEGRAND et AXISA. — Leucocytose dans le diagnostic des abcès du foie des pays chauds. *Arch. Provinc. de Chir.*, 1905.
- H. LEGRAND. — Rapport sur les abcès du foie des pays chauds. Congrès de Bruxelles, 1908.
- IEMOINE. — Un cas de contagion de dysenterie amibienne par un convalescent. *Presse Méd.*, 1907, p. 307.
- LOBAS. — Quinze observations d'entérite provoquée par des amibes. *Wratsh.*, juillet 1894.
- LOISON. — Vingt et une observations d'abcès du foie recueillies en Tunisie. *Revue de Chirurgie*, 1898.

- Les abcès du foie d'origine coloniale. Etude clinique et thérapeutique. *Rev. de Chir.*, 1906, p. 228.
- LE DENTU. — Rapport sur un abcès du foie. *Rev. de Chir.*, juin 1908.
- LE DENTU et DELBET (FAURE). — Traité de chirurgie. Les abcès du foie.
- LUBET. — Thèse de Lyon, 1907.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Les ponctions dans le diag. des abcès du foie. Acad. de Méd., sess. de février 1900.
- A. LUTZ. — Zur Kenntniss des Amöbenenteritis und Hepatitis. *Centralblatt f. Bacteriol.*, Bd X, 1891.
- LYONNET. — Abcès du foie ouvert dans la plèvre. *Presse Méd.*, juillet 1897.
- MAC LEAN. — Abcès latents. *Indian Annals*, vol. III, 1856.
- F. MANNER. — Ein Fall von Amöbendysenterie und Leberabcessen. *Wochenschrift*, 20 et 27 février 1896.
- MARCANO. — Diagnostic des abcès dysent. du foie. *Presse Méd.*, 9 décembre 1907.
- MARCHOUX. — Amibes dysentériques et suppurations du foie. *Presse Méd.*, 13 janvier 1909.
- MAUREL. — Fréquence d'une hyperleucocytose légère dans les affections du foie des pays chauds. Soc. Biol., 2 mars 1901.
- MARCHOUX. — Expériences sur la dysenterie amibienne du Sénégal. Société de Biol., 1899.
- MARSHALL. — Thrombose de la v. porte et de la v. cave à la suite d'un abcès du foie. *British Med. Journal*, 1899, vol. I.
- MASINI et DUGAS. — Les abcès du foie. *Marseille Méd.*, 1^{er} janv. 1911.
- MATHIS-LÉGER-JOUEAU-DUBREUIL. — Hématologie de l'hépatite suppurée. Société méd. de l'Indo-Chine, 11 décembre 1910. *Presse Méd.*, 27 mai 1911.
- J. MANNABERG (Wien). — Diagnost. Bemerkungen zu einigen Eberabcessen. *Centralbl.*, n° 41, 1902.
- MORIS. — Contribution à l'étude des abcès latents du foie. Thèse de Montpellier, 1906.
- MOSSÉ et SARDA. — Formule hémoleucocytaire des abcès du foie. *Presse Méd.*, 25 décembre 1901.
- MENETRIER et TOURRAINE. — Abcès amibiens du foie. Phagédénisme cutané amibien. Soc. méd. des Hôpit., 12 juin 1908.
- MENETRIER et BRODIN. — Dysent. amibienne avec abcès du foie multiples et dégén. amyloïde. Soc. méd. des Hôpit., 19 juillet 1912.
- MOUISSET et PETITJEAN. — *Lyon Médical*, 1908.
- NIMIER et LOISON. — Sur les abcès du foie d'origine coloniale. Soc. de Chirurgie, 16 et 23 mars 1908.
- J.-C. NAUGHT. — An anomalous case of continual fever with abscesses of the liver. *Lancet*, 1900.
- POTHERAT. — Soc. de Chir. fév. et mars 1911. Abcès amibien du foie et du poumon. Métastase cérébrale.
- J. PEYROT et H. ROGER. — Sur un cas d'abcès dysent. du foie ne contenant que des amibes. *Rev. de Chirurgie*, 1897.
- J. PEYROT et VEILLON. — Soc. de Chirurgie, 1890. Stérilité du pus des abcès du foie, ses conséquences.

- H. QUINKE et E. ROOS. — *Über Amœbenenteritis. Berlin. klin. Wochenschrift*, 6 nov. 1893.
- REMLINGER. — Foie infectieux aigu simulant l'abcès hépatique. *Presse Méd.*, 21 janvier 1903.
- RENDU. — Dictionn. encyclopéd.
- REMLINGER. — Diagn. de l'hépatite aiguë dysent. *Rev. de Méd.*, 1900.
- RISPAL. — Les globules blancs dans l'abcès dysent. du foie. *Soc. de Biol.*, 9 mars 1901, p. 262.
- RIEUX. — La pleurésie dans le diagnostic des abcès du foie. Thèse de Lyon, 1895.
- ROGERS. — Further work on amœbic dysentery in India. *Brith. Med. Journ.*, t. VI.
- M. ROCH. — Notes cliniques sur quelques cas exceptionnels d'affections du foie. *Rev. méd. de la S. romande*, 20 avril 1912.
- ROUIS. — Recherches sur les suppurations du foie, 1860.
- ROUTIER. — Abcès du foie chez un colonial, difficile à localiser. *Presse Méd.*, 4 novembre 1908.
- REVERSEAU. — Thèse de Paris, 1895.
- SAUNDBY et MILLER. — A case of amœbic dysentery, with abcess of the liver in a patient who had never been out of England. *Brit. Med. Journ.*, 27 mars 1909.
- STEWART. — Diagn. de l'hépatite aiguë dysent. *Rev. de Méd.*, 1900 et 1901.
- TOUBERT. — Abcès du foie simulant une pleurésie purulente. *Soc. de Chir.*, 1908.
- A. VALENCE. — Abcès du foie et expectoration biliaire. *Rev. de Chirurgie*, 1909.
- A. VAILLARD. — *Traité de médecine*, Brouardel et Gilbert. Dysenterie, p. 250.
- A. VAILLARD et DOPTER. — *Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1904.
- WENDEL. — Multiplicité des abcès. *Deutsch Zeitschrift für Chir.*, Bd, LXXIII.
- VERDUN. — Amibes dans le pus d'abcès lombaires. *Soc. de Biol.*, n° 26, 1907.
- VALTER. — *Bulletins et Mémoires Société de Chirurgie*, 1896, 15 janvier.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos.	5
Introduction	7
Étiologie et Pathogénie.	9
Bactériologie.	20
Anatomie pathologique.	28
Symptomatologie.	33
Evolution.	40
Complications.	47
Diagnostic	54
Pronostic.	62
Observations	64
Conclusions.	85
Bibliographie.	87
